

Ana Marta Ferreira da Costa Correia

Prevalência do risco de quedas nos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela

Mestrado em Enfermagem Comunitária



maio de 2013

Ana Marta Ferreira da Costa Correia

Prevalência do risco de quedas nos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório final efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Cláudia Chaves
Professor Doutor João Duarte



maio de 2013

*Só engrandecemos o nosso direito à vida
cumprindo o nosso dever de cidadãos do mundo.*

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Ao longo de todo o percurso do curso de mestrado, nos momentos mais e menos radiantes nunca me senti só. Muitas pessoas cruzaram este meu caminho proporcionando-me momentos de incentivo, animo e reforço. Agora que tenho a oportunidade de reconhecer tais contributos, pretendo manifestar o meu profundo agradecimento.

Deste modo expresso a minha gratidão:

- À Escola Superior de Saúde de Viseu e à Senhora Prof. Doutora Suzana André, Coordenadora do Mestrado, pela oportunidade de frequentar este espaço e este curso;

- À Senhora Prof. Doutora Cláudia Chaves, pela orientação, disponibilidade, dedicação e ternura demonstrada nos momentos menos bons durante a concretização do estudo;

- Ao Senhor Prof. Doutor João Duarte pela orientação, conselhos e momentos de boa disposição proporcionados;

- A todos os Professores da escola pela partilha de conhecimentos e disponibilidade demonstrada ao longo de todo o curso;

- A todos os colegas do mestrado pelos momentos e experiências partilhadas.

- Aos profissionais de saúde que se cruzaram neste caminho entre os quais Dr. Cardão e orientadores de estágio Enfermeiros Especialistas António Dionísio e Rui Dionísio que para além da partilha de saberes sempre se mantiveram presentes com momentos de incentivo e apreço.

- À enfermeira chefe da Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela, colega e amiga pelo companheirismo, pela partilha, amizade sincera e persistente estímulo;

- A toda a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Continuados de Vouzela pela preocupação, encorajamento e apoio.

- A todos os que me ajudaram com as diversas pesquisas bibliográficas;

- Aos utentes que conscientemente ou inconscientemente promoveram a força para continuar tornando-se a razão de todo o estudo.

- À minha mãe pela força, ao meu irmão pela compreensão, ao meu pai que me iluminou, aos meus avós pela persistência e a todos os restantes pelas palavras amigas.

- Aos meus amigos pelos momentos de ausência.

E a todos os que se preocuparam, colaboraram e contribuíram para a concretização do curso, o meu

Muito Obrigada.

Resumo

Enquadramento: Entre os múltiplos problemas que afetam o utente institucionalizado, emerge uma questão de fundo relacionada com as quedas que ocorrem nas instituições, os fatores predisponentes que possam estar relacionados e as consequências que daí advém.

Objetivos: Analisar a influência de variáveis sociodemográficas no risco de quedas dos utentes da UCCI de Vouzela; analisar a relação entre as variáveis contextuais de internamento e o risco de quedas destes utentes; analisar se o grau de dependência interfere no risco de quedas nestes utentes.

Métodos: estudo de natureza quantitativa, retrospectivo, comparativo e descritivo-correlacional. Amostra é constituída por 298 utentes, referente a 81,64 % da totalidade da população. Colheita de dados visou o contexto sociodemográfico, dados referentes ao internamento (Escala Numérica da Dor), dados relativos ao nível de dependência (Índice de Lawton e Brody e Índice de Katz) e ao risco de queda (Escala de Morse).

Resultados: Verificou-se que 63,43% são utentes do sexo feminino, sendo 36,57% do sexo masculino, com uma média de 78,61 anos de idade. Dos utentes 59,7% não tem companheiro. Predominam os utentes (53,7%) que não possuem instrução primária. Trata-se de utentes maioritariamente reformados (99,1%). Quanto ao tempo de permanência obteve-se uma média de 126,95 dias. No que concerne à proveniência, 70,3% vêm do domicílio. A causa de solicitação de internamento foi 94,3% por situação de fragilidade do utente. 36,3% dos utentes institucionalizados tem doença crónica com episódio de agudização. A maioria dos utentes (84,2%) tem necessidade de continuidade de cuidados. Apenas 7,7% dos utentes precisam, durante o período de internamento, da prestação de cuidados paliativos. Verificou-se que 77,7% dos utentes tem necessidade de ensino ao utente e/ou aos cuidadores. A principal patologia diagnosticada nos utentes é doenças do aparelho circulatório (39,1%). Concluiu-se que a idade, o estado civil e a proveniência, influenciam o risco de quedas dos utentes. Em relação ao tempo de permanência influencia o risco de quedas aquando a alta ($p=0,036$), assim como a presença de sonda vesical na admissão e na alta ($p=0,002$; $p=0,001$); o diagnóstico principal ($X^2= 15,035$; $p=0,010$) e os tratamentos complexos influenciam o risco de queda na admissão ($X^2= 11,344$; $p=0,003$) e na alta ($X^2= 10,082$; $p=0,006$). Averiguou-se que há uma prevalência significativa de utentes classificados como médio e alto risco de quedas ($X^2= 450,91$; $p=0,000$). Verifica-se que o nível de dependência influencia o risco de queda na admissão ($X^2= 10,820$; $p=0,029$) e na alta ($X^2= 15,262$; $p=0,004$).

Conclusão: Alcançou-se um maior conhecimento sobre o fenómeno em estudo, o que resultará numa melhor atuação na prática profissional quotidiana.

Palavra-chave: Quedas, Dependência, Institucionalização, Rede Nacional de Cuidados Continuados

Abstract

Background: Among the multiple problems which affect the institutionalized patient, emerges a substantive question related to falling in the institutions, the predisposing factors that may be related and the ensuing consequences.

Objectives: Analyze the influence of socio-demographic variables in the fall risk of the Vouzela's ICCU patients; Analyze the relation between the contextual of internment variables and the fall risk of these patients; Analyze if the dependence degree interferes with the fall risk in these patients.

Methods: Quantitative, retrospective, comparative and descriptive-correlational study. 298 patients were analyzed which amounts to 81,64% of the total population. The data collection aimed the socio-demographic context, internment data (Numeric Pain Scale), data related to the dependence degree (Lawton e Brody Index and Katz Index) and to the fall risk (Morse Scale).

Results: It was found that 63,43% of the study population are female and 36,57% are male, with a mean age of 78,61 years old. 59,7% has no partner and prevail the patients with no literacy (53,7%) and the majority is retired (99,1%). The internment has a mean period of 126,95 days. 70,3% of the patients come from the domicile. The major internment cause was the patient's fragility (94,3%) followed by 36,3% of patients with chronic disease with an acute episode. The majority of the patients (84,2%) needs the continuity of care. Only 7,7% need palliative care during the internment. It was found that 77,7% need patient and/or caregivers' teaching. The principal diagnostic were the diseases of the circulatory system (39,1%). It was concluded that the age, the civil status and the provenance influence the fall risk of the patients. With respect to the permanence time, it influences the fall risk at the time of the medical discharge ($p=0,036$), as well as the presence of bladder catheter at the admission and at the medical discharge ($p=0,002$; $p=0,001$); the principal diagnostic ($X^2= 15,035$; $p=0,010$) and the complex treatments influence the fall risk at the admission ($X^2= 11,344$; $p=0,003$) and at medical discharge ($X^2= 10,082$; $p=0,006$). It was found that there is a significant prevalence of patients classified with medium and high risk of fall ($X^2= 450,91$; $p=0,000$). The dependence degree influences the fall risk at the admission ($X^2= 10,820$; $p=0,029$) and at medical discharge ($X^2= 15,262$; $p=0,004$).

Conclusion: It has been reached a better knowledge about the phenomenon in study that will necessarily result in a better actuation in daily professional practice

Keyword: Falls, Dependency, Institutionalization, National Network for Continuing Care.

Abreviaturas

ABVDs - Atividades Básicas de Vida Diária
ADL – Acidentes Domésticos e de Lazer
AIVDs - Atividades Instrumentais de Vida Diária
ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro
AVD's - Atividades de vida diária
AVC - Acidente vascular cerebral
Art. - Artigo
cf. - Conforme
CID 10 – Classificação Internacional de Doenças
CV – Coeficiente de Variação
DGS – Direção Geral de Saúde
Dp – Desvio Padrão
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL- Equipa Coordenadora Local
ECR - Equipa Coordenadora Regional
EP - Erro padrão
IE – Índice de Envelhecimento
INE – Instituto Nacional de Estatística
JCI -Joint Commission International
K - Curtose
Km - Quilómetro
K/erro
K/S
n – Frequência/número
OMS - Organização Mundial de Saúde
P - Página
R - Correlações de Pearson
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SK Skewness
Sk/erro
SNC - Sistema nervoso central
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCCLDM – Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção

UMCCI - Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

X - Variável independente

X^2 - Teste Qui-Quadrado

Y - Variável dependente

Índice Geral

Introdução.....	25
-----------------	----

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1: A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	33
1.1. Origem da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	33
1.2. Objetivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados	34
1.3. Tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	35
Capítulo 2: Quedas nos utentes institucionalizados	39
2.1. Epidemiologia	40
2.2. Classificação.....	41
2.3. Fatores de risco	41
2.3.1 Fatores biológicos	42
2.3.2. Determinantes económicos	43
2.3.3. Fatores clínicos	44
2.3.4. Fatores Funcionais.....	47
2.3.5 Fatores ambientais.....	48
2.4. Complicações	49
2.5. Medidas preventivas	50
2.6. Estado de arte	52

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 3: Metodologia	61
3.1. Métodos.....	61
3.2. Participantes	64
3.3. Instrumentos	67
3.4. Procedimentos	72
3.5. Análise dos Dados	73
Capítulo 4: Resultados.....	77
4.1 - Análise Descritiva	77
4.2 - Análise Inferencial	94

Capítulo 5: Discussão	153
Capítulo 6: Conclusões.....	163
Referencias Bibliográficas	169
Anexos	175
Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados	
Anexo 2 – Autorização para recolha de dados	

Índice de tabelas

Tabela 1 – Idade em função do género dos utentes institucionalizados da UCCI de Vouzela.....	64
Tabela 2 – Teste t para diferenças de médias entre o género e a idade.....	65
Tabela 3 – Género em função da idade.....	65
Tabela 4 - Género em função do estado civil.....	66
Tabela 5 - Género em função da existência de Companheiro.....	66
Tabela 6 – Habilitações literárias em função do género.....	67
Tabela 7 – Situação profissional em função do género.....	67
Tabela 8 – Tempo de permanência em função do género dos utentes institucionalizados da UCCI de Vouzela	77
Tabela 9 – Teste t para diferenças de médias entre o tempo de permanência e o género	78
Tabela 10 – Tempo de permanência em função do género	78
Tabela 11 – Proveniência em função do género.....	79
Tabela 12 – Descanso do cuidador em função do género	79
Tabela 13 – Situação de Fragilidade em função do género	79
Tabela 14 – Presença de doença crónica agudizada em função do género	80
Tabela 15 – Necessidade de continuidade de cuidados em função do género	80
Tabela 16 – Necessidade de vigilância e tratamentos complexos em função do género	81
Tabela 17 – Cuidados Paliativos em função do género	81
Tabela 18 – Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidadores em função do género	82
Tabela 19 – Outra causa de solicitação em função do género.....	82
Tabela 20 – Diagnóstico principal em função do género.....	83
Tabela 21 – Diagnóstico secundário em função do género.....	84
Tabela 22 – Incontinência vesical em função do género.....	84
Tabela 23 – Incontinência fecal em função do género.....	84
Tabela 24 – Presença de sonda vesical em função do género	85
Tabela 25 - Dor na admissão e alta	85
Tabela 26 - Dor na admissão versus género	86
Tabela 27 - Dor na alta versus género.....	86
Tabela 28 – Teste t para diferença da avaliação da dor na admissão e alta	87
Tabela 29 – Dor na admissão em função do género.....	87
Tabela 30 – Dor na alta em função do género	88
Tabela 31 – Dor na admissão em relação à idade	88
Tabela 32 – Dor na alta em relação à idade	89
Tabela 33 – Dor na admissão em relação à dor na alta.....	89
Tabela 34 – Número de medicamentos na admissão em função do género.....	90
Tabela 35 – Número de medicamentos na alta em função do género	91
Tabela 36 – Teste t para o número de medicamentos prescritos segundo o género	91
Tabela 37 – Medicação na admissão em função da idade.....	92
Tabela 38 – Medicação na alta em função da idade	92
Tabela 39 – Medicação na admissão em função do género	93
Tabela 40 – Medicação na alta em função do género.....	94
Tabela 41 – Número de medicamentos na admissão em relação ao número de medicamentos na alta.....	94
Tabela 42 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para tomar banho em relação ao género.....	95
Tabela 43 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para vestir em relação ao género	95
Tabela 44 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a higiene em relação ao género	96

Tabela 45 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a deslocação em relação ao género.....	96
Tabela 46 – Avaliação do grau de continência na admissão em relação ao género	96
Tabela 47 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a alimentação em relação ao género	97
Tabela 48 – Avaliação do grau de autonomia na alta para tomar banho em relação ao género	97
Tabela 49 – Avaliação do grau de autonomia na alta para vestir em relação ao género	97
Tabela 50 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a higiene em relação ao género	98
Tabela 51 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a deslocação em relação ao género	98
Tabela 52 – Avaliação do grau de continência na alta em relação ao género.....	98
Tabela 53 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a alimentação em relação ao género	99
Tabela 54 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para tomar banho	99
Tabela 55 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se vestir.....	99
Tabela 56 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a higiene ...	100
Tabela 57 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se deslocar	100
Tabela 58 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a continência	100
Tabela 59 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a alimentação	101
Tabela 60 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para tomar banho	101
Tabela 61 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se vestir	102
Tabela 62 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a higiene	102
Tabela 63 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se deslocar	102
Tabela 64 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a continência	103
Tabela 65 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação	103
Tabela 66 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para tomar banho	104
Tabela 67 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para se vestir.....	104
Tabela 68 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a higiene	104
Tabela 69 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a deslocação	105
Tabela 70 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a continência	105
Tabela 71 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a alimentação	106
Tabela 72 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para o banho	106
Tabela 73 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se vestir	106
Tabela 75 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se deslocar	107
Tabela 76 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para a continência	107
Tabela 77 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação ...	108
Tabela 78 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para tomar banho	108

Tabela 79 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se vestir.....	108
Tabela 80 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a higiene	109
Tabela 81 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se deslocar.....	109
Tabela 82 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a continência	109
Tabela 83 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a se alimentar	110
Tabela 84 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para tomar banho	110
Tabela 85 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se vestir	110
Tabela 86 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a higiene ...	111
Tabela 87 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se deslocar	111
Tabela 88 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a continência	111
Tabela 89 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se alimentar	112
Tabela 90 – Avaliação total da escala de Katz na admissão e alta.....	112
Tabela 91 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de Katz na admissão e o gênero	112
Tabela 92 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de Katz na alta e o gênero	113
Tabela 93 – Total da escala de Katz na admissão em relação com o gênero.....	113
Tabela 94 – Total da escala de Katz na alta em relação com o gênero	113
Tabela 95 – Total da escala de Katz na admissão em relação à idade	114
Tabela 96 – Total da escala de Katz na alta em relação à idade	114
Tabela 97 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao tempo de permanência	115
Tabela 98 – Total da escala de Katz na alta em relação ao tempo de permanência	115
Tabela 99 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao estado civil	116
Tabela 100 – Total da escala de Katz na alta em relação ao estado civil	116
Tabela 101 – Teste t para a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador.....	116
Tabela 102 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da proveniência	117
Tabela 103 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade.....	117
Tabela 104 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência vesical.....	117
Tabela 105 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência fecal.....	118
Tabela 106 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na admissão	118
Tabela 107 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na alta.....	118
Tabela 108 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice d Katz na admissão em função do diagnóstico principal.....	119
Tabela 109 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice d Katz na admissão em função do diagnóstico secundário	119
Tabela 110 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do tempo de permanência	119

Tabela 111 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do estado civil (com ou sem companheiro)	120
Tabela 112 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da presença de doença crônica agudizada.....	120
Tabela 113 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador	121
Tabela 114 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da proveniência	121
Tabela 115 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade.....	121
Tabela 116 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência vesical	122
Tabela 117 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência fecal	122
Tabela 118 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na admissão	122
Tabela 119 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na alta	123
Tabela 120 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico principal	123
Tabela 121 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico secundário.....	124
Tabela 122 - História de quedas na admissão em função do gênero.....	124
Tabela 123 - Diagnóstico Secundário na admissão em função do gênero.....	124
Tabela 124 - Ajuda na mobilização na admissão em função do gênero.....	125
Tabela 125 - Prescrição de terapêutica EV/ SC na admissão em função do gênero.....	125
Tabela 126 - Marcha na admissão em função do gênero	126
Tabela 127 - Estado mental na admissão em função do gênero.....	126
Tabela 128 - Estatísticas relativas à cotação total da escala de morse na admissão e alta.....	127
Tabela 129 – Teste t para a cotação da escala de morse na admissão e alta em função do gênero.....	127
Tabela 130 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função da idade.....	128
Tabela 131 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função do estado civil (sem/ com companheiro)	128
Tabela 132 – ANOVA para o total da Escala de Morse na admissão e na alta em função do tempo de permanência.....	128
Tabela 133 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função da proveniência	129
Tabela 134 – Teste t para a cotação da escala de morse na admissão e alta em função do descanso do cuidador	129
Tabela 135 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da presença de doença crônica agudizada	130
Tabela 136 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da necessidade de continuidade de cuidados	130
Tabela 137 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da necessidade de tratamentos complexos.....	131
Tabela 138 - Teste de U Mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da presença de incontinência vesical	131
Tabela 139 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da presença de incontinência fecal	132
Tabela 140 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função do número de medicamentos prescritos	132

Tabela 141 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função da dor	133
Tabela 142 – Risco de queda no momento da admissão e no momento da alta.....	133
Tabela 143 – Risco de queda no momento da admissão em função do género	134
Tabela 144 – Risco de queda no momento da alta em função do género.....	134
Tabela 145 – Risco de queda no momento da admissão em função da idade.....	135
Tabela 146 – Risco de queda no momento da alta em função da idade	135
Tabela 147 – Risco de queda no momento da admissão em função do estado civil (com ou sem companheiro)	136
Tabela 148 – Risco de queda no momento da alta em função do estado civil (com ou sem companheiro)	136
Tabela 149 – Risco de queda no momento da admissão em função das habilitações académicas	137
Tabela 150 – Risco de queda no momento da alta em função das habilitações académicas	138
Tabela 151 – Risco de queda no momento da admissão em função do tempo de permanência	138
Tabela 152 – Risco de queda no momento da alta em função do tempo de permanência	139
Tabela 153 – Risco de queda no momento da admissão em função da proveniência	139
Tabela 154 – Risco de queda no momento da alta em função da proveniência.....	140
Tabela 155 – Risco de queda no momento da admissão em função do descanso do cuidador.....	140
Tabela 156 – Risco de queda no momento da alta em função do descanso do cuidador ..	141
Tabela 157 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de doença crónica agudizada	141
Tabela 158 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de doença agudizada.....	142
Tabela 159 – Risco de queda no momento da admissão em função da necessidade de continuidade de cuidados	142
Tabela 160 – Risco de queda no momento da alta em função da necessidade de continuidade de cuidados	143
Tabela 161 – Risco de queda no momento da admissão em função da necessidade de tratamentos complexos.....	143
Tabela 162 – Risco de queda no momento da alta em função da necessidade de tratamentos complexos.....	144
Tabela 163 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de incontinência vesical.....	144
Tabela 164 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de incontinência vesical.....	144
Tabela 165 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de incontinência fecal	145
Tabela 166 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de incontinência fecal	145
Tabela 167 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de sonda vesical.....	146
Tabela 168 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de sonda vesical	146
Tabela 169 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de dor	146
Tabela 170 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de dor	147
Tabela 171 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função do diagnóstico principal	147
Tabela 172 – Risco de queda no momento da admissão em função do número de medicamentos prescritos	148

Tabela 173 – Risco de queda no momento da alta em função do número de medicamentos prescritos	148
Tabela 174 – Risco de queda (Escala de Morse) no momento da admissão em função de Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária do utente internado na UCCI de Vouzela (Índice de Katz)	149
Tabela 175 – Risco de queda (Escala de Morse) no momento da alta em função de Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária do utente internado na UCCI de Vouzela (Índice de Katz)	150
Tabela 176 – Teste t para a escala de morse na admissão e alta	150
Tabela 177 – Teste t para a cotação da escala de morse na admissão em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody)	151
Tabela 178 – Teste t para a cotação da escala de morse na alta em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody)	151

Índice de figuras:

Figura 1 – Esquema de investigação 63

Introdução

Em consequência da diminuição da taxa natalidade e do aumento da esperança média de vida, a população portuguesa tem sofrido um processo de envelhecimento demográfico com repercussões na sociedade.

Segundo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2004), de acordo com os resultados das atuais projecções, a população residente em Portugal no ano de 2050 diminuirá (10,3 milhões de indivíduos, em 2000), podendo oscilar entre os 7,5 milhões, no cenário mais pessimista, e os 10,0 milhões, no cenário mais optimista, situando-se nos 9,3 milhões de indivíduos no cenário mais provável.

De acordo com o cenário mais pessimista que tem por base um decréscimo dos níveis de fecundidade até 2050, para valores que rondarão as 1,3 crianças por mulher, associado à hipótese dos saldos migratórios serem nulos e a um aumento da esperança média de vida à nascença, para o mesmo horizonte temporal, atingindo os 79 anos para os homens e 85 anos para as mulheres, Portugal perderá mais de um quarto da sua atual população (27%), entre 2000 e 2050 (INE, 2004).

Para além do esperado decréscimo populacional até 2050, a população residente em Portugal sofrerá um agravamento do envelhecimento, com a redução dos efetivos mais jovens, como resultado de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, e o aumento da população idosa, consequência do esperado aumento da esperança de vida (INE, 2004).

Até 2050 a população de todas as regiões, qualquer que seja o cenário escolhido, envelhecerá, podendo mesmo o Índice de Envelhecimento (IE) situar-se nos 398 idosos por cada 100 jovens, em 2050 no cenário mais pessimista, quase quadruplicando assim o valor deste indicador no decorrer dos 50 anos em projeção. No cenário base, o valor aumenta para 243 idosos por cada 100 jovens, enquanto no cenário mais optimista a projeção é inferior (190) (INE, 2004).

O fenómeno do envelhecimento é acompanhado pela fragilidade do indivíduo consequência da presença de patologias incapacitantes/ crónicas/ terminais, da crescente dependência dos indivíduos e da perda da sua autonomia.

Em Portugal, no horizonte temporal 2050, o número de idosos por cada 100 indivíduos em idade ativa poderá oscilar entre 54 a 67 idosos, valor em muito superior aos 24 estimados para o ano 2000 (INE, 2004).

No intuito de procurar respostas que garantam os cuidados de saúde e apoio na área social ao indivíduo em situação de dependência, os serviços de saúde portugueses têm sofrido uma remodelação sendo de salientar a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Quando no seio familiar existem dificuldades ou incapacitação para prestar os cuidados necessários, o que será que acontece? O abandono no domicílio? A institucionalização? O “entupimento” dos serviços centrais de saúde por longos períodos? É neste contexto que surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados para solucionar as necessidades sentidas pelos indivíduos e pelos seus familiares.

A RNCCI criada pelo decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006 surge no intuito de satisfazer as necessidades de um país caracterizado por um envelhecimento populacional acompanhado de uma escassez de recursos humanos e materiais que permitam fornecer os cuidados de saúde e apoio social adequados para manter a qualidade de vida e a funcionalidade dos indivíduos para além do ambiente hospitalar diferenciado e do domicílio.

A qualidade e aceitação da institucionalização é caracterizada por vários fatores indicadores de qualidade como a evolução da autonomia dos utentes e o número de quedas na instituição.

As quedas são frequentes em todas as etapas da vida no entanto com o avançar da idade, estas podem constituir uma ameaça real à autonomia e qualidade de vida da pessoa e conseqüentemente à sua incapacidade de viver de modo autónomo.

Acidentes como os de trânsito, quedas, queimaduras, asfixia, intoxicações e afogamentos são uma das principais causas do acesso aos serviços de saúde, hospitalizações, da redução da produtividade, da incapacidade temporária ou permanente, e até morte.

Na Europa, as principais causas de morte, por todo o tipo de acidentes, em todos os grupos etários, foram as lesões auto provocadas intencionalmente (23%) seguidas dos acidentes de viação (20%), das quedas (17%), das intoxicações (5%), dos afogamentos (3%) e das queimaduras (2%). Nas pessoas com mais de 65 anos, os acidentes fatais percorrem todo o espectro de causas, no entanto, as quedas, são o problema mais frequente neste grupo etário (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Plano Nacional de Prevenção de Acidentes, 2010).

No que respeita aos acidentes domésticos e de lazer (ADL), segundo o plano nacional de prevenção de acidentes, o mecanismo da lesão mais referido foi a “queda” (65%), com uma incidência maior nos grupos etários extremos, em especial nos indivíduos com mais de 75 anos, nos quais, 88% dos acidentes registados se devem a esta causa. Assim como, o tempo médio de internamento por ADL aumenta com a idade, sendo, em média, de 11 dias nas pessoas com mais de 75 anos (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Plano Nacional de Prevenção de Acidentes, 2010).

Os ADL têm um impacto fortemente negativo na saúde em termos de mortalidade e morbilidade, com custos psicológicos e emocionais das vítimas e familiares, para além de implicarem uma enorme alocação de recursos humanos e materiais (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Plano Nacional de Prevenção de Acidentes, 2010).

Todos estes factos sobre mortalidade e morbilidade por acidentes repercutem-se em danos sociais, em anos de vida perdidos e em custos económicos. No sistema de Saúde, o impacto económico das mortes por acidentes pode ser medido diretamente, através dos gastos hospitalares com intervenções e internamentos, inclusive em unidades de terapia intensiva, cuidados de reabilitação e custos psicológicos ou, indiretamente, através dos anos de vida potencialmente perdidos (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Plano Nacional de Prevenção de Acidentes, 2010).

A prevenção de quedas é um assunto de importância na saúde pública pelos prejuízos e morbilidade relacionados.

A investigação das circunstâncias relacionadas com a queda podem trazer informações sobre as suas causas e pistas para fatores de risco importantes (Freitas & Py, 2011).

Estima-se que 30% das pessoas com mais de 65 anos sofrem ao menos uma queda por ano; este número aumenta para 50% nos idosos internados em instituições (Silva, 2009). Existem dois elementos principais na avaliação das quedas. O primeiro é o exame e os cuidados com a vítima após o evento e as suas consequências; o segundo elemento consiste na avaliação do ambiente e nos fatores predisponentes (Freitas & Py, 2011).

As quedas sem causa definida são, em geral, de origem multifactorial necessitando de avaliação sistémica. Em geral, é possível determinar pelo menos alguns fatores que a causaram e oferecer algum tipo de tratamento para alguns deles, com o objectivo de reduzir o risco de novas quedas (Freitas & Py, 2011).

O conhecimento atempado dos fatores de risco de queda dos utentes institucionalizados e a atuação coordenada e eficaz da equipa multidisciplinar permite obter melhores resultados e, com efeito, transmitir melhor qualidade nos cuidados prestados. Tais factos justificam a intervenção nesta área. Deste modo, surgiu a necessidade de desenvolver um estudo com o tema: Prevalência do Risco de quedas na Unidade de Cuidados Integrados de Vouzela.

A questão central de investigação é então: Qual a prevalência do risco de quedas na Unidade de Cuidados Integrados de Vouzela?

Outras questões a que nos propomos dar resposta são:

- De que modo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitação, situação profissional) se constituem como preditores na prevalência de quedas nos utentes da UCCI de Vouzela?

- De que modo as variáveis contextuais de internamento como o tempo de permanência, proveniência, objetivos de internamento (descanso do cuidador, situação de fragilidade, doenças crónicas com episódio de agudização, necessidade de continuidade de cuidados, necessidade de vigilância e tratamentos complexos, cuidados paliativos, necessidade de ensino doente/cuidadores, outras causas de solicitação) o diagnóstico, a incontinência, a polimedicação e a dor influenciam a prevalência de quedas nos utentes da UCCI de Vouzela?

- Em que medida o grau de dependência nas AVD's (Atividades Básicas de Vida Diárias) e AIVD's (Atividades Instrumentais de Vida Diárias) interfere no risco de quedas dos utentes da UCCI de Vouzela?

Para dar resposta às questões acima descritas, são objetivos desta investigação:

- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas no risco de quedas dos utentes da UCCI de Vouzela;

- Analisar a relação entre as variáveis contextuais de internamento e o risco de quedas na admissão e alta dos utentes da UCCI de Vouzela.

- Analisar se os valores de dependência aquando a admissão e a alta interferem no risco de quedas dos utentes da UCCI de Vouzela.

Após autorização do estudo na instituição em causa, optamos por uma amostra não probabilística por conveniência constituída pelos utentes que estiveram internados na UCCI de Vouzela entre o período compreendido de 8 de Abril de 2008 (abertura da instituição) e 31 de Dezembro de 2012, que reuniam critérios de inclusão.

Foram selecionadas indivíduos de ambos os sexos distribuídos por diferentes grupos etários, dos quais eram conhecidos os elementos sociodemográficos, dados relativos ao internamento, Escala de Morse, Índice de Lawton e Índice de Katz tendo-

se obtido um total de 298 indivíduos dos 365 que constituíam o universo do estudo. Foram excluídos aqueles em que não eram conhecidos os elementos acima referidos.

O levantamento dos dados resultou da aplicação de uma grelha de colheita de dados constituído por questões que retratassem o indivíduo quanto aos seus elementos sociodemográficos, elementos caracterizantes do internamento e a escala de Morse, Índice de Katz e Lawton.

A escolha metodológica teve por base a questão de investigação, o tipo de estudo, os objectivos, e a fundamentação teórica que realizámos.

O estudo quantitativo realizado enquadra-se no tipo de pesquisa retrospectiva, não experimental, possuindo as características dos estudos descritivos, comparativos, correlacionais e explicativos.

Após a nota introdutória ao presente estudo, serão apresentadas duas partes.

A primeira parte, referente à parte teórica e ao enquadramento do estudo, visa a referência de dados importantes ao estudo fundamentando a importância da investigação. Dele constam dois capítulos resultantes da revisão da literatura realizada: a RNCCI, o fenómeno das quedas e fatores associados e o levantamento de estudos científicos relacionados com o fenómeno em estudo.

Na segunda parte, ou contribuição empírica, apresentamos os determinantes metodológicos usados no estudo. Nele são descritos elementos como: métodos, participantes no estudo, instrumentos de colheitas de dados, procedimentos adoptados, análise de dados, exposição dos resultados obtidos, discussão e conclusões.

Por último, será descrito o rol de referências bibliográficas abordadas ao longo da construção do estudo.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1: A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI criada pelo decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006 surge no intuito de satisfazer as necessidades de um país caracterizado por um envelhecimento populacional. Acompanhando este processo, existe uma escassez de recursos humanos e materiais que permitam fornecer os cuidados de saúde e apoio social adequados para manter a qualidade de vida e a funcionalidade dos indivíduos além do ambiente hospitalar diferenciado e do domicílio.

1.1. Origem da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

“O impacto destas repercussões (doença crónica, dependência, insatisfação da família e indivíduo) tem conduzido a muitas vezes ao défice de cuidados à pessoa em situação de dependência no domicílio, ao seu abandono ou à sua institucionalização em lares, sendo que os hospitais, como unidades prestadoras de cuidados, se viram confrontados com o elevado número de doentes, que, com alta clínica foram permanecendo nos serviços por longos períodos. Um conjunto de alterações demográficas tem vindo a modificar o panorama dos cuidados informais, através da diminuição do número de familiares disponíveis para prestar cuidados e do aumento do número de idosos a necessitar deles. (...) Face ao contexto, várias questões se colocam: Que tipo de resposta continuará a ter a família perante o crescente número de pessoas com dependência? Quem cuidará deles? Será uma obrigação das instituições estatais? Serão as próprias pessoas dependentes a ficarem entregues a si próprias? Ou continuará a família a desempenhar esse papel, sem recursos, sem apoios, sem habilitações para o efeito? E o cuidado informal deve continuar a constituir a norma? E se o cuidado formal for acessível a todos, o cuidado informal desaparecerá? (Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2009, p. 22).

A criação da rede destina-se a responder a estas questões.

Segundo Os Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social (2009), a RNCCI é um projeto nacional fundamental para o desenvolvimento social e para a sustentabilidade das regiões, representa um processo reformado desenvolvido por dois sectores: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social.

De acordo com artigo 2.º do Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, a RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

A RNCCI é composta por um conjunto de instituições públicas, privadas e sociais, maioritariamente Misericórdias que em protocolo com o Estado, prestam cuidados continuados. Segundo Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, 2009, pg. 40, as entidades com maior percentagem de acordos celebrados até 31 de Dezembro de 2008 foram as Santas Casas da Misericórdia (60%), as Instituições Particulares de Solidariedade Social (17%) e das Instituições Privadas com fins lucrativos (11%).

A RNCCI é coordenada a três níveis. A Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), a nível nacional; a Equipa Coordenadora Regional (ECR) a nível regional e a nível local, a Equipa Coordenadora Local (ECL), sendo que esta é constituída por no mínimo um médico, enfermeiro, assistente social e se possível um representante da autarquia local.

1.2 . Objetivos da Rede Nacional de Cuidados Continuados

Tendo por base a prestação de cuidados satisfatórios e adequados às necessidades do indivíduo, em situação de dependência, doença aguda ou crónica que condicionam a autonomia da pessoa, foram formulados alguns objetivos da RNCCI.

De acordo com o artigo 4.º do decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho, constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.

Constituem objetivos específicos da rede:

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência através da prestação de cuidados continuados de saúde e de ou apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamente tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;

- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

1.3. Tipologia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A reorganização que ocorreu no sistema de saúde com a criação da RNCCI visa a adequação de novos serviços para satisfazer as necessidades individuais de cada indivíduo promovendo a sua reabilitação ou manutenção das suas funções básicas após um episódio de doença (aguda, crónica ou terminal). Proporciona a continuidade de cuidados entre a saída do hospital e o regresso a casa ou, por outro lado, permite ao indivíduo e família adquirirem autonomia para promover o regresso ao domicílio, ou ainda, quando a permanência no domicílio não é eficiente, procurar outro tipo de resposta adequada. A rede é então um nível intermédio de resposta para a população.

A prestação de cuidados existente na RNCCI caracteriza-se pela avaliação individual das necessidades do indivíduo na qual os membros da equipa multidisciplinar, elaboram para cada utente um plano individual de intervenção com objetivos exequíveis à sua recuperação e diminuição do seu nível de dependência.

A avaliação atempada das necessidades individuais dos utentes permite promover a resposta adequada dos serviços de saúde e apoio social, segundo a sua tipologia, justificando a criação e dinamização da rede pois o principal intuito da criação desta vai de encontro à adequação de cuidados, à redução da permanência de utentes crónicos no hospital, à libertação de camas disponíveis para o internamento de agudos, uma maior eficiência e uma diminuição de custos.

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social desenrola-se através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias. Deste modo desenvolveram-se as seguintes tipologias:

Unidades de internamento: Constituídas por Unidades de convalescença; Unidades de média duração e reabilitação; Unidades de longa duração e manutenção e Unidades de cuidados paliativos.

Unidades de ambulatório: Constitui unidade de ambulatório a unidade de dia e de promoção da autonomia.

Equipas hospitalares: Equipas de gestão de altas e Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos.

São equipas domiciliárias as: Equipas de cuidados continuados integrados; Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. (Art. 12.º Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

O presente estudo desenvolve-se na Unidade de Internamento de Longa Duração e Manutenção de Vouzela.

A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos.

A unidade de longa duração e manutenção pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

A unidade de longa duração e manutenção é gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente: atividades de manutenção e de estimulação; cuidados de enfermagem diários; cuidados médicos; prescrição e administração de fármacos; apoio psicossocial; controlo fisiátrico periódico; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das atividades da vida diária; apoio nas atividades instrumentais da vida diária (Art. 17.º Decreto-Lei 101/2006 de 6 de junho).

A Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção (UCCILD) de Vouzela abriu ao público a 8 de Abril de 2008, na altura em que a Santa Casa da Misericórdia de Vouzela, proprietária do edifício e responsável pela sua gestão, assinalou 510 anos de existência, no edifício do antigo Hospital de Vouzela (Rua Ribeiro Cardoso, n.º 39 com o código postal 3670-257 – Vouzela) tendo sido adaptada e renovada.

Foi um projeto aprovado pela Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), com um investimento superior a 3 milhões de euros, dispõe de 31 camas, sala de eletroterapia, unidade de fisioterapia, sala de esterilização, entre outros. Conta

também com a presença de vários funcionários, entre médico, fisiatra, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, auxiliares de ação médica, administrativos, animador sociocultural, terapeuta da fala, entre outros.

Esta é uma infraestrutura de grande importância para o concelho e região, que recebe utentes em fragilidade, com dependência funcional ou incapacidade.

Alguns critérios importantes que demonstram os níveis de qualidade e ganhos em saúde neste tipo de instituição são: número de óbitos, agudizações, tempo de permanência na UCCI, recuperação de autonomia dos utentes, quedas, úlceras de pressão, níveis de infeção, entre outros de igual relevância.

Para obtenção dos objetivos propostos para a RNCCI, é importante que se cumpram alguns critérios de qualidade e se desenvolvam boas práticas na equipa multidisciplinar.

As quedas nos utentes institucionalizados constituem um indicador determinante da qualidade dos serviços.

O presente estudo prevê a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar da UCCLDM de Vouzela, investigar as causas das quedas, monitorizando as quedas e as consequências mais frequentes em idosos, utilizando essa informação para determinar a necessidade da implementação de protocolos e outras medidas voltados para prevenção de quedas nessa população.

Capítulo 2: Quedas nos utentes institucionalizados

Durante séculos as pessoas perguntam-se sobre o mistério do envelhecimento procurando a sua compreensão. “Alguns têm esperança de alcançar a juventude eterna, outros querem a chave da eternidade. (...) Não há um fator único conhecido como causador do envelhecimento ou com o poder de evitá-lo. As pesquisas acerca do envelhecimento biológico, psicológico e social continuam a realizar-se embora com o interesse do melhor entendimento do processo do envelhecimento, para que as pessoas possam passar por esta etapa com saúde, procurando aprender como manter as pessoas mais saudáveis e ativas por mais tempo” (Eliopoulos, 2010, p. 40).

O mundo está a envelhecer rapidamente: o número de pessoas com 60 ou mais anos dobrará, proporcionalmente, passando de 11%, em 2006, para 22%, em 2050. Os países em desenvolvimento estão a envelhecer numa velocidade muito maior que a dos países desenvolvidos: em cinco décadas, pouco mais de 80% dos idosos do mundo viverão em países em desenvolvimento, comparativamente com 60% em 2005 (OMS, s.d).

A idade cronológica, ou seja, o número de anos desde o nascimento, é um método simples de avaliação da idade. Embora seja o método mais fácil, não é o mais eficaz. A discrepância de funcionamento entre as pessoas da mesma idade leva ao segundo método de avaliação da idade, o método funcional. A idade funcional avalia a idade em termos de desempenho funcional (Roach, 2003).

Os enfermeiros são responsáveis pela identificação das necessidades dos indivíduos através do seu histórico formulando o diagnóstico de enfermagem. O potencial ou problema de saúde identificado e após estabelecidas as intervenções de enfermagem pode ser resolvido ou evitado. Os enfermeiros são responsáveis por identificar esses riscos à segurança dos utentes e intervir com vista à promoção da segurança e bem-estar dos utentes.

A idade é um dos fatores de risco chave para as quedas. As pessoas mais velhas têm o maior risco de morte ou ferimentos graves decorrentes de uma queda e o risco aumenta com a idade. Este nível de risco pode ser devido a problemas físicos, sensoriais e cognitivos associados ao envelhecimento, em combinação com ambientes que não são adaptados para o envelhecimento da população (OMS, 2012).

As quedas constituem assim protótipo das síndromes geriátricas e atua como fator limitante da qualidade de vida do individuo, facilitando a imobilidade,

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012), a queda é definida como um evento que resulta na pessoa que cai inadvertidamente sobre o solo, chão ou outro nível inferior. As lesões relatadas nas quedas podem ser fatais ou não fatais.

Evitar a ocorrência da queda constitui um indicador de saúde das instituições ao mesmo tempo que se traduz numa conduta de boa prática da equipa.

2.1. Epidemiologia

As quedas constituem um problema de saúde pública. Estima-se que 424 mil quedas fatais ocorrem a cada ano, tornando-se a segunda principal causa de morte por lesão não intencional depois dos acidentes de trânsito. Mais de 80% das mortes relacionadas com a queda ocorrem em países de baixo e médio desenvolvimento, com as regiões do Pacífico Ocidental e Sudeste da Ásia representando mais de dois terços dessas mortes. Em todas as regiões do mundo, as taxas de mortalidade são mais altas entre adultos com idade superior a 60 anos (OMS, 2012).

Apesar de não ser fatal, cerca de 37,3 milhões de quedas que ocorrem a cada ano são graves o suficiente para necessitar de cuidados médicos. Essas quedas são responsáveis por mais de 17 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (OMS, 2012).

Grande parte das quedas provoca morbidade nas pessoas com 65 ou mais anos, jovens adultos, com idades entre 15-29 anos e crianças com 15 anos ou mais jovens. Quase 40% do total de anos de vida perdidos por incapacidade devido a quedas dizem respeito às crianças, no entanto, esta medida não se pode refletir com precisão no impacto da deficiência provocada pela queda nos indivíduos mais velhos que têm menos anos de vida a perder. Além disso, os indivíduos que estão em maior risco de cair e sofrer uma deficiência são especialmente as pessoas mais velhas, com tendência à necessidade de cuidados e institucionalização a longo prazo (OMS, 2012).

Estima-se que 30% das pessoas com mais de 65 anos sofrem ao menos uma queda por ano; este número aumenta para 50% nos idosos internados em instituições. Em 2% dessas quedas, estima-se que resulta em fraturas da bacia, em 5% em outras fraturas, e em mais de 50% em algum outro tipo de lesão. As quedas tendem a aumentar com a idade, sendo mais acentuadas entre os idosos institucionalizados dos que os que vivem nas suas casas (Silva, 2009).

As quedas ocorrem em indivíduos mais velhos com mais de 65 anos com uma incidência de 28 a 35% das quedas assim como aqueles que já sofreram um episódio de queda têm uma maior incidência no ano seguinte, em torno de 60 a 70% (Freitas & Py, 2011).

Eliopoulos (2010) refere que a taxa de lesões nos idosos situa-se na média das restantes faixas etárias. Por outro lado, as mulheres idosas apresentam uma taxa mais alta de lesões comparando com as restantes faixas etárias femininas. Nos homens, a

taxa de lesões diminui na vida adulta. No que respeita à taxa de morte decorrentes de acidentes, é mais significativa entre os idosos. Os acidentes constituem a sexta causa de morte entre os idosos e as quedas associadas a lesões constituem a primeira causa de morte.

2. 2. Classificação

As quedas podem ser classificadas pelos fatores que contribuem para a sua ocorrência. Estes podem dividir-se em intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos de risco constituem os fatores que contribuem para a ocorrência de queda como a diminuição dos sinais sensoriais, diminuição do processamento do sistema nervoso central (SNC) ou diminuição da reposta motora; outros fatores intrínsecos podem variar no tempo e estar presentes temporariamente como é o caso da doença aguda e alteração da medicação (Freitas & Py, 2011). Os fatores extrínsecos incluem os riscos ambientais, risco nas atividades diárias, e, em indivíduos mais frágeis, movimentos como o virar, inclinar, esticar para alcançar objetos, entre outros (Freitas & Py, 2011).

Quanto à frequência em que ocorrem, temos a queda accidental, como um evento único num período de tempo, de seis meses a um ano, geralmente relacionado com a exposição ao risco, como subir e descer degraus ou piso escorregadio. A queda recorrente, que se reporta a mais de duas quedas no mesmo período de tempo, associados aos fatores intrínsecos da queda (Caldevilla & Costa, 2008).

2.3. Fatores de risco

Para intervir eficazmente no fenómeno da queda é necessário identificar os fatores que predisõem a sua ocorrência assim como é preciso reconhecer os indivíduos mais vulneráveis.

Diferentes autores e diferentes estudos apontam para diferentes resultados e diferentes determinantes sendo esses apontados neste estudo como de contexto sociodemográfico, de caráter clínico e funcionais. São exemplos a idade, sexo, patologia (s), medicação e/ ou polimedicação, níveis de consciência/ orientação espaço-temporal, níveis de dependência, histórico de quedas anteriores entre muitos outros.

Gorzoni e Filho (2008) referem que um terço das quedas é provocada por algum fator ambiental ou por um problema pontual de saúde, no entanto, a maioria das quedas é multifatorial, decorrente da interação de fatores relacionados ao estado de saúde do idoso, circunstanciais e ambientais. Entre esses fatores de saúde estão:

história de quedas, dor, artrite, défice visual, alterações neurológicas, desequilíbrio, tontura, polifarmácia, uso de psicotrópicos, alterações cognitivas, hipotensão postural, incontinência urinária e medo de cair, mulheres idosas apresentam mais quedas do que homens idosos.

O tratamento é multifatorial e dirige-se tanto as consequências como ao controlo da doença e dos fatores de risco clínico, com ênfase no controlo da politerapia, correção das deficiências dos sentidos e dos transtornos prévios do caminhar (Silva, 2009).

Os fatores de risco associados à ocorrência de quedas serão apresentados em cinco categorias: fatores biológicos (género, idade), fatores económicos, fatores clínicos (patologia, terapêutica e dor), fatores ambientais e fatores funcionais.

2.3.1 Fatores biológicos

Os fatores de risco biológicos abrangem características dos indivíduos que são relacionadas com o corpo humano. Idade, género e raça, por exemplo, são fatores de risco não modificáveis.

Embora as quedas sejam mais comuns entre as mulheres idosas do que entre os homens, a mortalidade ligada a elas é mais alta entre os homens idosos. Políticas e programas relacionados à prevenção das quedas devem refletir uma perspectiva de género.

Género

Kendall e Scoot, no Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2010), referem que as mulheres têm maior probabilidade que os homens de sofrer uma queda e uma fratura a ela relacionada, resultando num número duas vezes maior de hospitalizações e consultas a serviços de emergência do que os registrados para os homens idosos.

Também Gallagher e Scott, citados no relatório global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2010), referem que a mortalidade relacionada com as quedas afeta os homens de maneira proporcional. A diferença nas quedas na idade madura pode derivar de fatores relacionados com o género, tais como o fato das mulheres terem indicação para usar um maior número de medicamentos e morarem sozinhas. Além disso, as diferenças biológicas também contribuem para um maior risco; as mulheres, por exemplo, sofrem um declínio de massa muscular mais rápido que os homens, especialmente nos primeiros anos após a menopausa. Em alguma

medida, esse facto tem relação com o género, uma vez que as mulheres têm menos probabilidade de exercer ao longo da vida, a prática de atividades que incrementem o crescimento de massa muscular como, por exemplo, a prática de atividades desportivas.

O comportamento saudável difere de acordo com o género. Expetativas culturalmente orientadas quanto aos papéis dos géneros afetam comportamentos, na busca de atenção médica. Os índices mais altos de fatalidade dos homens podem, em parte, ser devidos à tendência que eles mostram de não procurar atendimento médico antes de uma condição de saúde se tornar grave, resultando em substancial retardo no acesso à prevenção e ao gerenciamento das doenças. Ademais, os homens têm maior probabilidade de se envolver em atividades físicas intensas e perigosas e em comportamentos arriscados. É necessário o estabelecimento de diversas opções e estratégias políticas de prevenção de quedas, para homens e mulheres, com base em diferenças de género nos locais, circunstancias e eventos que possam dar origem a quedas (OMS, 2010).

Idade

Existe relação entre o aumento do risco de queda com o aumento com a idade (Freitas & Py, 2011). A estimativa da incidência de quedas por faixa etária é de 28% a 35% nos idosos com mais de 65 anos e 32% a 42% naqueles com mais de 75 anos. Num estudo realizado em 2010, cerca de 31% dos idosos disseram ter caído no ano anterior ao inquérito e 11% afirmaram ter sofrido duas ou mais quedas.

Alguns estudos prospetivos indicam que 30% a 60% da população com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas. Aproximadamente 40% a 60% destes episódios levam a algum tipo de lesão, sendo 30% a 50% de menor gravidade, 5% a 6% injúrias mais graves (não incluindo fraturas) e 5% de fraturas. Destas, as mais comuns são as vertebrais, no fémur, úmero, rádio distal e costelas. Cerca de 1% das quedas leva à fratura do fémur (Perracini & Ramos, 2010).

2.3.2. Determinantes económicos

Estudos mostram que existe uma relação entre o *status* socioeconómico e quedas. Reformas mais baixas são associadas a um maior risco de quedas. Reyes, citado no Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2010).

Os idosos, especialmente as mulheres, que vivem sozinhas ou em áreas rurais, com reformas incertas e insuficientes, defrontam-se com um maior risco de sofrer quedas.

A presença de queda recorrente aumenta entre mulheres, viúvos, solteiros e nos indivíduos com história prévia de queda (Freitas & Py, 2011).

2.3.3. Fatores clínicos

Pelo facto de que a tendência para quedas tem uma origem heterogénea, tanto nos exames de diagnóstico quanto aos planos de tratamento que devem ser ajustados individualmente, com base na informação clínica obtida, devendo ser evitada uma abordagem inespecífica do tipo receituário de cozinha (Duthie & Katz, 2002).

Patologia

As quedas podem estar relacionadas com a postura e a marcha do indivíduo que por sua vez se relaciona com o processo de envelhecimento normal e patológico. As doenças provocam mais alterações na marcha que as modificações decorrentes do envelhecimento natural.

Algumas alterações na marcha parecem estar relacionadas com a ocorrência de quedas.

A marcha com postura ligeiramente fletida, passos hesitantes, associada a doença de Alzheimer, demências ou síndrome e múltiplos enfartes, a marcha atáxica (“arrastar de pés”) relacionada com doenças que afetam a coluna posterior, nervos periféricos, coluna dorsal da medula espinhal, assim como a marcha cerebral atáxica (passos pequenos, irregulares e instáveis - tipo guinada e cambaleantes) geralmente associada a eventos vestibulares agudos, acidentes vascular cerebrais (AVC), alcoolismo crónico e doenças degenerativas (Freitas & Py, 2011).

A marcha festinante (movimento apressado dos pés, simétrico e rápido com tendência a inclinar para a frente) está associada à doença de Parkinson (Freitas & Py, 2011).

A marcha, por défices multissensoriais, envolvem distúrbios nos sistemas: visual, proprioceptivo e vestibular. Os utentes queixam-se de tonturas, instabilidade, sensação de cabeça vazia durante a marcha. Os utentes diabéticos são particularmente vítimas desta síndrome (Freitas & Py, 2011).

As marchas análgicas ou gonálgicas indicadores de processos inflamatórios articulares crônicos ou agudos, ou alterações causadas por patologias dos pés ou articulações afins (Freitas & Py, 2011).

Segundo Freitas e Py (2011), existem doenças específicas que se correlacionam com a ocorrência de quedas como é o caso da epilepsia, doença de Parkinson, miopatias e neuropatias periféricas, espondilose cervical, hidrocefalia, incontinência, demência, disfunção anatômica, disfunção renal e doenças cerebrovasculares.

Condições neurológicas, como a doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, síndromes cerebrais, hidrocefalia com pressão normal e lesões da medula espinhal, podem prejudicar a organização e a rapidez de respostas posturais (Duthie & Katz, 2002).

As demências podem impedir o julgamento e a atenção, podem induzir ao descondicionamento e algumas vezes estão acompanhadas por degeneração das áreas do planeamento dos movimentos no cérebro (Duthie & Katz, 2002).

Um decréscimo da perfusão cerebral devido a arritmias ou a lesões valvulares é muito raramente implicado como causas de quedas crónicas (Duthie & Katz, 2002).

As doenças que têm sido associadas ao aumento do risco de quedas incluem diabetes *Mellitus*, doença de Parkinson, histórico de AVC, osteoartrite, demências e depressão. A presença de patologias múltiplas também aumenta o risco de quedas (Freitas & Py, 2011).

Baixo índice de massa corporal, comprometimento cognitivo, AVC, incontinência urinária correlacionam-se com o aumento do risco de fratura relacionadas com quedas graves (Freitas & Py, 2011).

O desenvolvimento tecnológico, o aumento do conhecimento sobre as doenças crónicas assim como os avanços ao nível da farmacologia contribuem para o aumento da utilização de medicamentos nos últimos anos.

Terapêutica

O modo de ação dos fármacos difere de indivíduo para indivíduo e segundo a idade do indivíduo, o que exige uma monitorização e reajuste constante, assim como os idosos habitualmente tomam com maior regularidade e uma maior variedade de medicamentos aumentando o risco de interação e reações adversas. O risco de complicações e os eventuais benefícios devem ser balanceados.

Podem ocorrer fenómenos de prescrição inapropriada, subutilização e de polifarmácia. Uma vez que os indivíduos a serem “estudados” estarem

institucionalizados e possuírem tabela terapêutica prescrita por médico assistente e com administração sob responsabilidade da equipa de enfermagem, foca-se apenas o fenómeno da polimedicação.

A polifarmácia pode ser definida de dois modos, pela contagem do número de medicamentos (igual ou superior a cinco fármacos), ou por outro lado, se o doente apresenta multimorbidades possivelmente necessita de usar cinco ou mais fármacos, sendo que esta direciona a prescrição à patologia (Freitas & Py, 2011).

Muitas medicações são potenciais contribuintes para a instabilidade. Como os impedimentos podem acumular-se no decorrer do tempo, é possível que uma droga comece a causar problemas somente depois de muitos anos, à medida que outros mecanismos de adaptação vão ficando comprometidos. Uma abordagem sistemática à redução das medicações poderá identificar quais os agentes que são necessários para a cura, para o alívio sintomático, ou para a prevenção das complicações a longo termo. Em cada área, o agente pode ser julgado essencial, útil, ou ter menor possibilidade de ser necessário (Duthie & Katz, 2002).

As benzodiazepinas e os anti-histamínicos constituem o rol de medicamentos inapropriados mais prescritos, ambos pela associação à sedação prolongada e consequente risco de quedas e fraturas (Freitas & Py, 2011).

Para Niwata *et al.* (2006), as interações inapropriadas medicamento-doença mais descritas na literatura correspondem ao uso de benzodiazepinas e antidepressivos tricíclicos nos doentes com história de quedas de repetição (Freitas & Py, 2011).

A suspensão dos benzodiazepínicos mostrou melhorias na capacidade funcional e na diminuição de quedas. Em relação aos neurolépticos, também foi observado um controlo nas quedas sem piora dos distúrbios de comportamento (Freitas & Py, 2011).

As medicações podem afetar o sistema nervoso central causando sedação, retardamento do tempo de resposta, ortostase ou efeitos colaterais extrapiramidais. (Duthie & Katz, 2002).

O uso de fármacos está associado ao comprometimento da capacidade funcional dos idosos e o maior risco de quedas. Uma análise com idosos dependentes mostrou associação entre o uso de psicoativos e o comprometimento das atividades básicas de vida diárias (Freitas & Py, 2011).

Dor

A dor é a causa mais comum que leva à procura de tratamento médico. Cerca de 80% das queixas no consultório geral envolvem dor (Freitas & Py, 2011).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, primariamente associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões, ou ambos (Freitas & Py, 2011).

A avaliação da dor mais detalhada e completa possível é a chave do sucesso terapêutico.

A avaliação da dor nas suas dimensões é facilitada pela utilização de escalas de avaliação, aplicadas aos doentes.

2.3.4. Fatores Funcionais

“Com o processo fisiológico de envelhecimento, a capacidade funcional de cada sistema do organismo humano diminui. Até aproximadamente 20 ou 30 anos, as pessoas vão desenvolvendo as suas capacidades, e a partir daí o desempenho funcional vai declinando pouco a pouco, ao longo dos anos, ocorrendo o denominado envelhecimento funcional. Trata-se de um processo lento e impercetível, mas inexorável e universal (...) a incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida quotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las” (Silva, 2009, p. 35).

A capacidade funcional é um valor ideal para que o idoso possa viver independente, sendo esta capacidade de o indivíduo realizar as suas atividades físicas e mentais necessárias para a manutenção das suas atividades básicas e instrumentais, ou seja, tomar banho, vestir-se, realizar a higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar as refeições, realizar o controlo financeiro, administrar a medicação, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar o telefone e caminhar certa distância (Silva, 2009).

A história clínica deve incluir uma avaliação das atividades usuais e o nível funcional do doente, história prévia de quedas, fraturas e a presença de doenças crónicas (Freitas & Py, 2011).

Devido ao declínio funcional e à imobilidade geralmente associados a quedas, também é necessário que se obtenha uma história relativa às atividades que o doente tem capacidade ou não para realizar (Freitas & Py, 2011).

A vítima deve ser avaliada no que toca à sua independência nas atividades básicas de vida diária (higienizar-se, vestir-se, alimentar-se etc.), atividades instrumentais de vida diária (fazer compras, utilizar transportes públicos, cozinhar etc.) e atividades avançadas de vida diária (andar mais de 1 quilómetro (Km), participar em atividades sociais etc.), com auxílio de instrumentos de avaliação apropriados (Freitas & Py, 2011).

É importante verificar a utilização por parte do doente, de instrumentos de auxílio à marcha, como andarilhos e bengalas, bem como a sua adaptação correta ao doente (Freitas & Py, 2011).

As informações geradas pela avaliação da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil dos idosos utilizando ferramenta simples e útil, que pode auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde para os idosos, visando retardar ou prevenir as incapacidades (Duthie e Katz, 2002).

Para Duthie e Katz (2002), as pessoas vigorosas têm menor probabilidade de quedas, as pessoas frágeis e com limitadas capacidades funcionais estão em risco das consequências da instabilidade, mesmo quando não caem caracterizam-se pelo medo de cair, isolamento social e aumento de dependência.

A força muscular, flexibilidade das articulações e a resistência podem ser comprometidos pelo envelhecimento, doença ou desuso e podem ser fatores contribuintes adicionais para o mau funcionamento do controle postural (Duthie e Katz, 2002).

2.3.5. Fatores ambientais

Quando ocorre uma queda é necessário analisar o seu contexto ambiental identificando o local e a atividade de o indivíduo executava no momento da queda. Conhecendo e monitorizando o local em questão poderá permitir a resolução de vários fatores desencadeantes da queda.

A maioria das quedas dos idosos é o resultado das interações entre a capacidade de equilíbrio atual da pessoa e as condições ambientais no momento. O risco ambiental pode ser baseado no grau de perigo necessário para provocar uma queda (Duthie e Katz, 2002).

Na investigação em causa não serão abordados os fatores ambientais uma vez que não existem registos de quedas no período escolhido, nem informação acerca dos seus fatores causais.

2.4. Complicações

As quedas são frequentes em todas as etapas da vida. No entanto, podem tornar-se um problema mais sério nos idosos pois estes correm maior risco de lesão, impacto psicológico e conseqüentemente diminuição da qualidade de vida do indivíduo e família.

As quedas nos idosos são responsáveis por um dos maiores problemas de saúde pública em termos de mortalidade, morbidade, custo financeiro de saúde e serviço social.

A curto prazo, a queda pode provocar lesões, fraturas, ou outro tipo de traumatismo, dor, para além de estados de confusão e agitação, o recurso aos serviços de saúde ou até mesmo a morte. A longo prazo, o indivíduo pode desenvolver o medo de cair, de sair de casa, o isolamento, modificação dos hábitos de vida, a perda de mobilidade, autonomia e da sua autoestima e patologias como a depressão e ansiedade.

Entre as conseqüências mais citadas das quedas estavam as fraturas (24,3%), o medo de cair (88,5%), o abandono das atividades (26,4%), a modificação de hábitos (23,1%) e a imobilização (19%) (Freitas & Py, 2011).

As quedas são a sexta causa de morte entre pessoas idosas e contribuem para 40% dos internamentos em casas de repouso. As fraturas da anca e o medo das quedas são as causas principais de perda de independência. Além disso, envolvem altas taxas de mortalidade (aproximadamente 205/ano) em mulheres idosas com fratura da anca, particularmente, se estiverem debilitadas antes da fratura. Outras complicações como a perda de confiança e independência, hematoma subdural crónico, desidratação, desequilíbrio hidro eletrolítico, úlcera de pressão, rabdomiólise e hipotermia aumentam a morbidade e mortalidade nesses indivíduos. (Silva, 2009).

Para além do indivíduo e família, as quedas apresentam também um impacto económico. As quedas podem requerer o recurso aos serviços de saúde, a internamentos, consultas, exames complementares de diagnóstico, tratamentos, medicação e reabilitação. A longo prazo os custos podem aumentar para perdas da produtividade na sociedade tanto pela incapacidade do indivíduo como até das suas famílias.

Há conseqüências menos óbvias, porém igualmente sérias resultantes das quedas. As pessoas que caíram experimentam o medo de novas quedas. A perda de confiança decorrente pode resultar em restrição de atividades e ser um fator significativo para a institucionalização (Freitas & Py, 2011).

2.5. Medidas preventivas

Quando ocorre uma queda, lesão ou outro problema, a pessoa idosa demora mais para recuperar-se, com riscos e com muito mais complicações. Assim, a palavra-chave na segurança é a prevenção (Eliopoulos, 2010).

Após a avaliação e o tratamento das lesões e feridas decorrentes da queda, a intervenção terapêutica é ditada pela avaliação das causas.

Identificando os fatores de risco é necessário intervir junto destes de modo a prevenir a queda.

Se a causa é ambiental, deve-se adequar os lugares e os compartimentos da casa com as dimensões e a distribuição do mobiliário adequadas, colocar rampas de acesso se necessário, a arrumação dos locais, a sua iluminação, piso antiderrapante se necessário, fixação de tapetes, colocação de corrimão de apoio, adequar altura da cama, cadeiras e sofás, colocação de objetos de uso frequentes nos locais acessíveis, roupas e sapatos adequados e bem ajustados, utilizar dispositivos de ajuda à mobilidade se necessário com aprendizagem prévia correta (bengala, cadeira de rodas, entre outros).

É importante recordar que, embora haja o que fazer para reduzir o risco de quedas em populações e indivíduos, não é possível evitar todas as quedas. A independência e a qualidade de vida do doente deve ser o contrapeso na balança proteção-independência para que a vida possa valer a pena ser vivida, mesmo que com algum risco inevitável (Freitas & Py, 2011).

Cada queda possui fatores de risco específicos, sendo necessário analisar o contexto em que ocorreram, tanto em termos de avaliação clínica como para pesquisa epidemiológica.

As medidas preventivas objetivam evitar o trauma e os seus efeitos, o que poderá ser alcançado a partir do diagnóstico e prevenção das condições capazes de provocar as quedas; da prevenção e tratamento da osteoporose; da melhoria do estado geral do idoso, incluindo a agilidade e a força muscular. São eficazes os programas de prevenção realizados na comunidade e em instituições de saúde para reduzir os episódios das quedas (Maciel, 2010).

O objetivo fundamental deve ser maximizar o estado funcional do idoso e reduzir o risco de lesão. Para tanto, a equipa de saúde deve identificar e tratar as doenças envolvidas, melhorar o apoio social e as condições ambientais.

As medidas preventivas incluem orientações aos doentes e aos seus familiares sobre o risco de cair e as suas consequências; a segurança do ambiente em que o idoso vive e transita; o estilo de vida (dieta, exercícios físicos); a avaliação geriátrica

global periódica com atenção para a função cognitiva, os distúrbios de humor, a capacidade de realizar as atividades de vida diária, as condições sociais; a racionalização da prescrição e a correção da terapêutica medicamentosa; a avaliação oftalmológica anual; a avaliação nutricional; a indicação de fisioterapia e de exercícios físicos; a correção de fatores de risco ambiental e as medidas de promoção de saúde, com atenção para a prevenção e tratamento da osteoporose (Maciel, 2010).

A promoção de um ambiente seguro e confortável ao doente institucionalizado é uma das constantes preocupações do enfermeiro. A prevenção das quedas será, por isso, um aspeto importante da promoção da segurança do idoso (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Torna-se importante a consciencialização para o problema e a tomada de medidas efetivas com a criação de programas de ação ao nível da prevenção. Saraiva *et al.* (2008, p. 28) referem que este facto tem-se constituído como “uma preocupação crescente entre os prestadores de cuidados de enfermagem”. De facto, dada a frequência deste tipo de acidentes em idosos institucionalizados, estes tornam-se não só um problema para os doentes, como um foco de atenção para os prestadores de cuidados. Assim, no sentido de evitar as quedas, os profissionais de enfermagem devem ser capazes de identificar corretamente os doentes com maior risco de virem a cair, para, desta forma, fazerem um correto planeamento das medidas preventivas necessárias (Heinze *et al.*, 2006), pois algumas quedas em doentes institucionalizados são claramente previsíveis e evitáveis (Oliver *et al.*, 2004; Hendrich, 2006).

Saraiva *et al.* (2008, p. 29) afirmam que a queda deve ser “minuciosamente avaliada e os fatores de risco a ela associados devem ser devidamente explorados a fim de se criarem estratégias educacionais e preventivas para a manutenção da independência e saúde física do indivíduo”. Os mesmos autores reconhecem que o risco de queda aumenta linearmente com o número de fatores de risco, o que deixa transparecer que, caso se eliminem fatores de risco, a probabilidade de queda irá reduzir.

Neste domínio é de realçar que nem todos os fatores de risco são passíveis de ser modificados ou suprimidos. Por exemplo, os idosos são uma população especial, na qual muitos dos fatores intrínsecos associados ao envelhecimento não são modificáveis, chegando mesmo a ser difícil a sua atenuação. Para uma adequada intervenção torna-se necessário e útil a utilização de instrumentos sistematizados e objetivos de avaliação de risco do doente. Na sua revisão sistemática da literatura, sobre fatores de risco de queda e de instrumentos de avaliação desse mesmo risco, Oliver *et al.* (2004) concluíram que há poucos instrumentos validados e que os existentes possuem uma limitada capacidade preditiva. Os autores supracitados

referem que, nos instrumentos validados, apenas se encontram altas sensibilidades e especificidades na avaliação do risco de queda dentro das mesmas condições de estudo, não se encontrando validações para múltiplas configurações ou como parte efetiva das estratégias de prevenção de quedas.

Apesar disso, a utilização de instrumentos de avaliação é um recurso fundamental para a prevenção, levando Hendrich (2006) a enfatizar que, independentemente do instrumento selecionado, o importante será que este seja específico e sensível para a população em causa e fazer parte integrante da prática profissional do enfermeiro. Esta avaliação deve integrar o plano individual de cuidados, como medida proativa de prevenção.

De igual modo, a prevenção das quedas deve basear-se na evidência empírica e na construção do conhecimento válido e específico da situação para permitir a sua transferência para os cuidados. A investigação apoia a construção de *guidelines* e organiza a recolha e tratamento da informação, bem como deve estar na base da formação dos profissionais. Deste modo, a prevenção das quedas deve beneficiar da investigação, da formação dos profissionais sobre o risco de quedas nos idosos institucionalizados e, ainda, da criação de *guidelines* de prevenção sistematizados e monitorizáveis deste tipo de acidentes (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Esta forma de compreender o fenómeno leva a afirmar que, após a aplicação de todos os procedimentos para a sua prevenção e se, mesmo assim, ocorrer uma situação de queda, torna-se relevante uma correta caracterização retrospectiva do incidente, através da recolha do maior número de dados possíveis, de forma a haver uma reestruturação contínua das medidas de prevenção (Almeida, Abreu & Mendes, 2010).

Saraiva *et al.* (2008) consideram, ainda, relevante a realização de um exame físico cuidado do doente, identificando as circunstâncias da queda e os potenciadores ambientais do acidente. Esta análise sistemática e minuciosa permitirá adequar intervenções e medidas preventivas. Para que todo este processo seja possível é imprescindível a notificação da ocorrência de quedas em meio hospitalar.

2.6. Estado de arte

Com o objetivo de aprofundar conhecimentos relacionados com a prevalência do risco de queda nos indivíduos em situação de dependência foi realizada uma revisão de literatura exhaustiva. De seguida será apresentada uma breve exposição de alguns estudos.

Siqueira *et al.* (2007) realizaram um estudo que visava analisar a prevalência de quedas em idosos e a influência de variáveis a elas associadas. Tratava-se de um estudo transversal com amostra composta por 4003 idosos (65 anos ou mais) cuja recolha de dados foi realizada em 2005. Os idosos residiam na área de abrangência de unidades básicas de saúde de 41 municípios, com mais de 100 mil habitantes, de sete estados do Brasil. Na amostra estudada, a prevalência de quedas entre os idosos foi de 34,8%. Entre aqueles que relataram queda durante os 12 meses anteriores à pesquisa, 55% tiveram uma única queda. Entre os que experimentaram queda, 12,1% tiveram fratura como consequência da queda: 46% nos membros superiores, 28% nos membros inferiores, 11% no tronco, 5,5% na face e os valores restantes distribuídos entre outros locais. Na análise, as quedas foram mais frequentes no sexo feminino, nos mais velhos, nos idosos separados, divorciados e viúvos, e nos do nível socioeconómico mais baixo. O percentual de quedas esteve também associado ao sedentarismo, autoperceção de saúde como sendo ruim e maior número de medicamentos referidos para uso contínuo. Os idosos que viviam separados ou divorciados, independentemente do sexo, foram os que apresentaram maior prevalência de quedas. A prevalência de quedas entre os idosos poderia ser diminuída com o planeamento de ações voltadas às suas necessidades nas unidades de saúde, especialmente em relação aos fatores associados passíveis de prevenção.

Pereira, Fernandes e Miguel (2007) também realizaram uma investigação, cujo objetivo geral foi avaliar os fatores de queda em idosos residentes em quatro instituições do distrito de Bragança, Nordeste de Portugal. Os objetivos específicos foram: identificar os fatores e as consequências da ocorrência de quedas em idosos institucionalizados; identificar se as variáveis independentes (o género, a dependência, as doenças, a medicação, a catividade física, o local, a iluminação, a altura do dia, as condições do pavimento, o calçado, existência de algum objeto que proporciona a queda) influenciam a ocorrência de quedas (variável dependente).

Os autores realizaram 64 entrevistas a idosos com mais de 65 anos, que viviam em quatro distintas instituições de longa duração. A variável dependente é o número de quedas no último ano e os fatores de queda intrínsecos e extrínsecos constituíram as variáveis independentes.

Com base nos dados apurados Pereira, Fernandes e Miguel (2007) verificaram que o número médio de quedas nos últimos três anos é de 2,41 \pm 2 quedas, a que corresponde uma taxa média de incidência perfaz 75 quedas por 100 idosos/ ano; um pouco mais de que um terço dos idosos caíram, em média, mais do que uma vez por ano (quedas recorrentes). O local de queda mais frequente é o interior da habitação, e a larga maioria ocorre em locais bem iluminados, sendo mais frequentes no período da

tarde, embora também ocorram de manhã e à noite. Mais de dois terços das quedas registaram-se em locais com piso liso e sem obstáculos o que indicia que se ficaram a dever a causas intrínsecas aos indivíduos.

Quanto às causas, tipo e consequências da queda verifica-se que foi acidental (46,9% dos casos), devida a tontura ou vertigem (35,9%) e provocada por terceiros (17,2%). A queda para o lado é a mais frequente, seguida da queda para a frente. Em mais de metade dos casos a queda não foi presenciada por ninguém o que dificulta a ajuda imediata. O tempo de permanência no solo de alguns minutos é o mais frequente mas, em 9,4% dos casos, os idosos permaneceram caídos mais do que trinta minutos. Em resultado das quedas cerca de 90% dos idosos receiam voltar a cair. No que respeita a consequências físicas, resultaram hematomas em quase dois terços dos casos e fratura em 10,9% das quedas.

Os mesmos autores concluíram que é elevada a proporção de idosos dependentes e semi-dependentes, assim como aqueles que possuem algum grau de dificuldade de realização das atividades básicas de vida. É também muito elevado a presença de doenças e debilidades geralmente associadas a risco de queda, assim como a toma de medicação. Isoladamente, o fator idade não afeta o risco de queda (Pereira, Fernandes & Miguel, 2007).

Por sua vez, Ferrão, Henriques e Fontes (2011) apuraram, com base em resultados obtidos durante a realização de um projeto de prevenção e controlo de quedas em contexto de lar de idosos, numa instituição com capacidade para 100 residentes, recorrendo à aplicação da escala de avaliação de risco de Morse, que 44,3% dos residentes foram classificados de baixo risco, 21,4% de médio risco e 34,3% de alto risco.

Através da realização do projeto, os mesmos autores concluíram que a avaliação de risco de quedas nos residentes, acompanhada de intervenções dirigidas a cada indivíduo e tendo em conta os diferentes tipos de quedas, constitui uma abordagem sistematizada e diferenciada na prevenção e controlo de quedas na Pessoa Idosa institucionalizada em lar (Ferrão, Henriques & Fontes, 2011).

Outro estudo realizado na área é o de Cruz *et al.* (2011), cujo objetivo foi identificar a prevalência de quedas entre idosos com dor há mais de um ano e avaliar a associação entre a ocorrência de quedas e a localização, intensidade e frequência da dor. As variáveis dependentes foram: ocorrência e número de queda nos últimos 12 meses. As variáveis independentes foram: a localização, intensidade e frequência da dor que “mais incomoda” com duração de mais de um ano. Foram analisados 213 idosos acima de 60 anos com dor há mais de um ano. A prevalência foi de 56,29%. Os resultados apontaram que os idosos com dor há mais de um ano, intensa ou

moderada, relataram maior número de quedas do que os idosos com dores leves. Não foram encontradas associações entre local e frequência dos episódios de dor e relato de quedas. Assim, em conformidade com os autores, o melhor controlo da dor pode diminuir risco de quedas em idosos com dores crónicas, por isso precisam de ser adequadamente avaliados e controlados pelos profissionais de saúde.

Cabrita e José (2013) realizaram um estudo com o intuito de prevenir as quedas da pessoa idosa integrada numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Usaram, como método o estudo descritivo e transversal, uma abordagem quantitativa, realizada na Comunidade de Albufeira – Portugal. A amostra era constituída por 53 pessoas admitidas na ECCI, com idade igual ou superior a 65 anos. Os autores utilizaram, como instrumento de colheita de dados, elementos sociodemográficos e a Escala de Morse. Os resultados apontam que 86,8% da amostra apresenta risco de queda. Destes, 49,1% têm um perfil de risco baixo e 37,7% apresentam risco elevado. Apenas 13,2% foram tipificados sem presença de risco.

Refere-se, ainda, o estudo de Marin, Bourie e Safran (2010), que se caracteriza por ser uma análise retrospectiva, comparando prontuários de doentes que tiveram quedas durante o período de internamento com uma amostra randómica de doentes que não sofreram quedas e estavam internados no mesmo período, no mesmo hospital. A sua amostra era constituída por 389 doentes. Destes, 193 pertenciam ao grupo de doentes que sofreram queda durante o internamento hospitalar e 196 pertencem ao grupo controlo. Dos 389 doentes selecionados, 214 (55,01%) tinham 65 anos de idade ou mais. Destes, 117 (54,67%) sofreram queda durante o período de internamento hospitalar.

Deste modo, Marin, Bourie e Safran (2010) concluíram que as mulheres possuem maior predisposição para as quedas. Observaram que, dos 117 doentes que sofreram queda durante o período de internação, 81,48% não estavam incluídos na categoria “alerta e/ou orientado”. Ou seja, o estado mental do doente alterado pode configurar também um fator de risco para quedas. Concluíram igualmente que se o doente é dependente e/ou precisa de assistência para realizar qualquer uma das atividades de vida diárias, é uma indicação de que o doente tem maior risco de sofrer quedas.

Almeida (2012) realizou um estudo com o intuito de determinar os fatores de risco de quedas dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Viseu, avaliar o risco de quedas dos utentes internados nas Unidades de Cuidados Continuados do distrito de Viseu e comparar a Escala de Morse e as Escalas de Downton, avaliando ambas o risco de quedas.

Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo, correlacional com a aplicação de um questionário com questões que caracterizassem a amostra conjugado com três escalas: Escala de Morse, Escala de Downton e Índice de Katz.

Foi definida uma amostra não probabilística intencional constituída por 162 indivíduos internados nas unidades de cuidados continuados integrados no período de janeiro a março de 2012, pertencentes às misericórdias de Santar, Santa Comba Dão, Aguiar da Beira, Resende, Vouzela, Mortágua, Tarouca e Oliveira de Frades, pertencentes ao distrito de Viseu, que cumpriam os critérios de inclusão.

No estudo apresentado verificou-se que houve uma predominância dos indivíduos do género feminino (85 indivíduos dos 162 indivíduos).

Em relação à idade verificou-se que a maioria dos indivíduos pertencentes ao estudo desenvolvido tinha as suas idades englobadas no grupo com 65 anos ou mais (83,3%).

No que diz respeito ao estado civil no estudo apresentado verificou-se que o grupo que reuniu maior número de indivíduos foi o grupo dos casados/união de facto (37,7%) seguindo-se dos viúvos com 33,3%.

Em relação às habilitações literárias, a maioria dos indivíduos possui o 1º ciclo de escolaridade (54,3%)

Em relação ao motivo que levou os indivíduos estudados a estarem internados tanto para o motivo descanso do cuidador/dependência nas AVD como para o motivo reabilitação a percentagem apresentada foi igual 19,1%. A maior percentagem encontra-se no grupo das doenças. É de salientar que cada individuo pode apresentar mais do que um motivo de internamento.

No diagnóstico principal foram agrupadas as patologias de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a saúde, o grupo de patologias que afeta um maior número de indivíduos é o grupo das doenças do aparelho circulatório; segue-se o grupo das lesões traumáticas com 22 (13,6%) indivíduos; 15 (9,3%) indivíduos são afetados por doenças do sistema nervoso; 18 (11,1%) são afetados por doenças mentais; 11 (6,8%) são afetados por doenças do aparelho respiratório; 9 (5,6%) indivíduos apresentaram uma variedade de tumor; tanto para as doenças endócrinas como para as doenças da pele apresentaram-se 7 (4,3%) indivíduos respetivamente e com apenas um individuo afetado por cada uma das patologias encontram-se as doenças dos olhos, as doenças do aparelho digestivo, as malformações congénitas/anomalias cromossómicas e as doenças do aparelho geniturinário.

No que diz respeito aos dados obtidos da aplicação da escala de Downton verificou-se que 95,1% dos indivíduos apresentavam risco de queda e apenas 4,9% não apresentavam risco de queda.

Em relação ao parâmetro da medicação avaliado na escala de Downton o estudo apresentado a maioria dos indivíduos consumiam dois a cinco medicamentos.

Em relação à dependência na realização das atividades de vida diária no estudo apresentado 66% dos indivíduos foram classificados como dependentes. 69,2% dos indivíduos apresentam necessidade de ajuda para se alimentarem, 79,6% necessitam de ajuda na realização da sua higiene e 40,1% necessitam de ajuda para a toma da sua medicação.

Analisando a hipótese formulada pode-se concluir que existe relação entre a idade e o risco de queda tanto na escala de Morse ($p = 0,037$) como para a escala de Downton ($p = 0,000$).

Concluiu-se que existe relação entre o género e o risco de queda, verificando-se esta relação na escala de Downton ($p = 0,030$).

Assim a aspiração em verificar se existem efeitos significativos entre o género e o risco de queda foi aceite.

Quanto ao número de medicamentos, observou-se que existe relação com o risco de queda através da avaliação da escala de Downton ($F = 8,757$; $p = 0,000$).

Analisando o risco de queda com a necessidade de ajuda na realização das atividades de vida diária observou-se relação entre ambos tanto para a escala de Morse ($F = 8,928$; $p = 0,000$) como para a escala de Downton ($F = 6,574$; $p = 0,000$).

II PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 3: Metodologia

Face à crescente representatividade dos idosos, particularmente devido à elevada expressividade do padrão de doença crónica frequentemente presente nesta fase da vida, a comunidade científica tem centrado progressivamente a sua atenção nesta etapa do ciclo de vida. De facto, tem-se perspectivado o lema de “melhor conhecer para melhor intervir”, sendo consensual que a avaliação/ intervenção na pessoa idosa deve ser integral, multidimensional e dinâmica, privilegiando as medidas de prevenção primária e secundária, onde a promoção da funcionalidade/ prevenção da incapacidade constitua um enfoque central nas atividades da equipa de saúde. Na fase tardia da vida, a manutenção da independência e da autonomia são os melhores preditores da qualidade de vida percebida, pelo que a capacidade funcional (física, psicológica e social) constitui-se como a dimensão – chave na avaliação/ intervenção geriátrica (Rebelatto & Morelli, 2004).

3.1. Método

Nos idosos, as quedas constituem uma das principais causas de perda funcional e de independência. Este tipo de acidentes constitui uma importante preocupação não só por representarem acontecimentos frequentes (Gama *et al*, 2008; Rubenstein, 2006, WHO, 2007) mas também devido ao facto destes indivíduos apresentarem elevada propensão para sofrer lesões resultantes das quedas, como, por exemplo, fraturas, traumatismo craneoencefálico, lesões das partes moles, hematomas extensos, resultado de algumas alterações associadas ao processo de senescência e à comorbilidade frequente nesta fase da vida (Morais *et al.*, 2008; Sydenham, 2008).

A incidência das quedas e as complicações que lhe estão associadas aumentam significativamente a partir dos 60 anos, apresentando o grupo dos mais idosos taxas substancialmente mais elevadas (Rubenstein, 2006).

Dois terços das mortes por lesões não intencionais são devidos às quedas (Rubenstein, 2006) e a mortalidade relacionada com as quedas aumenta também com o aumento da idade especialmente após a sétima década de vida.

O aumento da população idosa e da esperança média de vida apontam para o aumento da prevalência de doenças crónicas e para o elevado grau de incapacidade exigindo uma resposta dos serviços de saúde e sociais.

A investigação e a intervenção, tem vindo a dar um importante contributo não só para a compreensão dos fatores associados ao envelhecimento, mas também para as intervenções dirigidas para a melhoria de cuidados oferecidos pelas instituições.

A qualidade e aceitação da institucionalização é caracterizada por vários fatores como a evolução da autonomia dos utentes e o número de quedas na instituição.

Com efeito, os estudos realizados têm centrado a sua atenção no conhecimento dos fatores de risco à ocorrência da queda nos indivíduos institucionalizados, enquanto, por outro lado, se tentam criar protocolos de atuação, monitorização do fenómeno e estabelecimento de medidas preventivas adequadas para a redução do fenómeno.

O conhecimento atempado dos fatores de risco de queda dos utentes institucionalizados e a atuação coordenada e eficaz da equipa multidisciplinar permite obter melhores resultados e, com efeito, transmitir melhor qualidade nos cuidados prestados.

Não admira, por isso, que nos últimos anos, se tenha vindo a assistir a um reconhecimento da necessidade de dirigir mais a atenção dos investigadores e especialistas para a investigação junto de populações em risco.

Face ao exposto questionamo-nos:

- De que modo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitação, situação profissional) se constituem como preditores na prevalência de quedas nos utentes da UCCI de Vouzela?

- De que modo as variáveis contextuais de internamento como o tempo de permanência, proveniência, objetivos de internamento (descanso do cuidador, situação de fragilidade, doenças crónicas com episódio de agudização, necessidade de continuidade de cuidados, necessidade de vigilância e tratamentos complexos, cuidados paliativos, necessidade de ensino doente/cuidadores, outras causas de solicitação) o diagnóstico, a incontinência, a polimedicação e a dor influenciam a prevalência de quedas nos utentes da UCCI de Vouzela?

- Em que medida o grau de dependência nas AVD's e AIVD's interfere no risco de quedas dos utentes da UCCI de Vouzela?

Ao conjunto de interrogações formuladas no âmbito desta pesquisa, delinearão-se os seguintes objetivos.

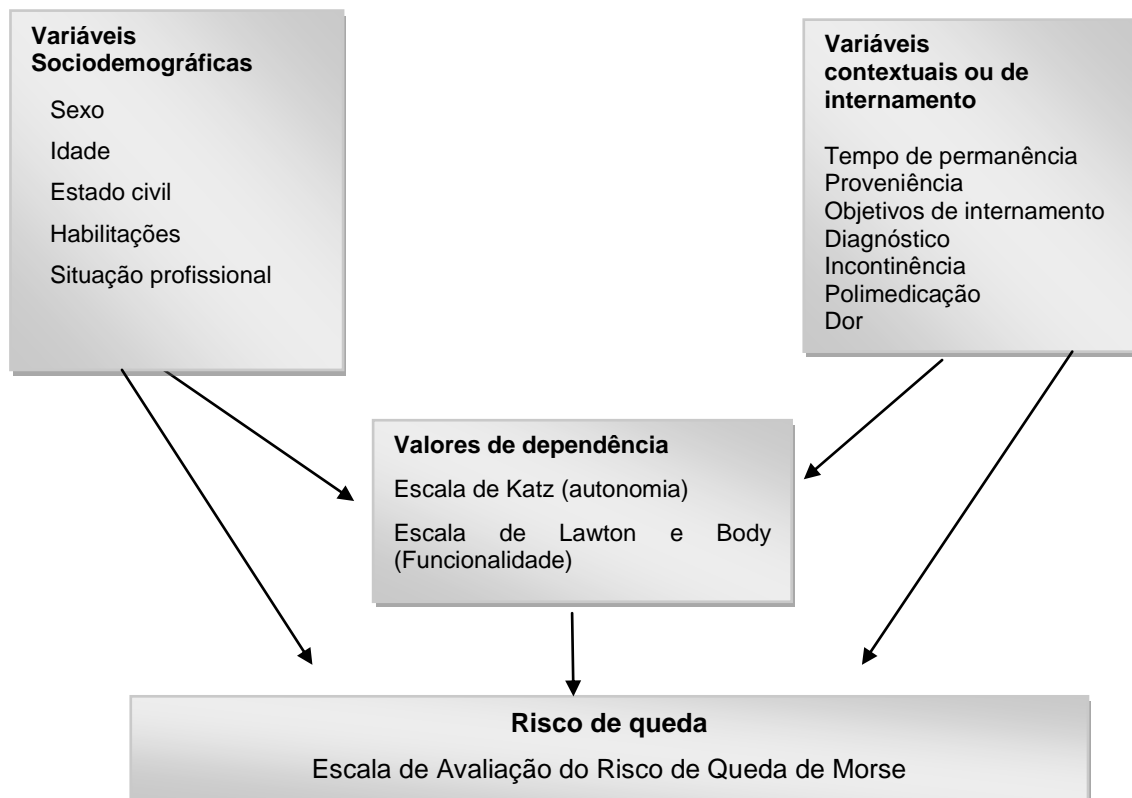
- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas no risco de quedas dos utentes da UCCI de Vouzela;

- Analisar a relação entre as variáveis contextuais de internamento e o risco de quedas na admissão e na alta dos utentes da UCCI de Vouzela.

- Analisar se os valores de dependência aquando a admissão e a alta interferem no risco de quedas dos utentes da UCCI de Vouzela.

Deste modo, objetiva-se avaliar qual a prevalência de quedas nos utentes da UCCI de Vouzela. Partindo-se das questões de investigação, dos objetivos formulados e da revisão da literatura elaborou-se o seguinte esquema de investigação, em forma pictórica, onde se demonstra as relações entre as variáveis em estudo (cf. Figura 1).

Figura 1 – Esquema de investigação



Trata-se de um estudo descritivo, pois procura-se descrever as características dos sujeitos da amostra e correlacional porque se objetiva avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha

ativamente para as influenciar. É analítico, permitindo relacionar as variáveis com o tema em estudo.

Recorreu-se à metodologia quantitativa na medida em que este é um método hipotético-dedutivo, através do qual os dados proporcionam realidades objetivas em relação às variáveis em estudo (Fortin, 2009).

3.2. Participantes

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência formada por utentes que estiveram internados na UCCI de Vouzela entre o período compreendido de 8 de abril de 2008 (abertura da instituição) a 31 de dezembro de 2012. Conta-se com utentes de ambos os sexos, distribuídos por vários grupos etários, de acordo com os seus dados sociodemográficos, internamento, Escala de Morse, Índice de Lawton e Índice de Katz, num total de 365. A amostra obtida é constituída por 296 dos utentes que reuniam os critérios de inclusão, totalizando 81,64% da população.

Idade

Obteve-se um mínimo de idade de 32 anos e um máximo de 98. Em média, a idade ronda os 78,61 anos, com um desvio padrão de 11,232. Quanto aos utentes do género masculino, pode dizer-se que há um intervalo de idade entre os 32 anos (mínimo) e os 98 anos (máximo), com uma média de idades de 76,50 anos e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 13,396, com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). Relativamente às utentes do género feminino, verifica-se um mínimo de 34 anos e um máximo de 98. A média de idades para este grupo é de 79,83 anos com um desvio padrão de 9,592, com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). (tabela1).

Tabela 1 – Idade em função do género dos utentes institucionalizados da UCCI de Vouzela

Idade	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	32	98	76,50	13,396	17,51	5,54	123,95	0,000
Feminino	34	98	79,83	9,592	12,01	706,13	9,43	0,000
Total	32	98	78,61	11,232	14,28	10,16	10,35	

Género

Os dados obtidos demonstram uma média de 76,5 anos e desvio padrão 13,39 para o sexo masculino e 79,83 anos (média) e 9,59 (desvio padrão) para o sexo feminino, não havendo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,14$) (tabela 2).

Tabela 2 – Teste t para diferenças de médias entre o género e a idade

Género			Leven,s P	T	P
	Média	Dp			
Masculino	76,5	13,39	0.000	-2,698	0,14
Feminino	79,83	9,59			

Constatou-se que 10,9% dos utentes da amostra em estudo tinha idade \leq a 64 anos, 12,6% tinham idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, 46,6% entre os 75 e 84 anos e os restantes 30% possuíam idade superior a 85 anos.

No grupo de utentes do género masculino, 18% tinha idade \leq a 64 anos, 14,1 % situava-se entre os 65 e os 74 anos, 41,3% entre os 75 e 84 anos e 26,6% tinham mais de 85 anos. Quanto às utentes do sexo feminino, verificou-se que 6,8% tinha idade \leq a 64 anos, 11,7 % idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, 49,5 % entre os 75 e 84 anos e os restantes 32% idade superior a 85 anos. Existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,008$) (tabela 3).

Tabela 3 - Género em função da idade

Idade	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	23	18,0	15	6,8	38	10,9	3,2	-3,2	11,708	0,008
65 - 74 anos	18	14,1	26	11,7	44	12,6	0,6	-0,6		
75 - 84 anos	53	41,3	110	49,5	163	46,6	-1,5	1,5		
≥ 85 anos	34	26,6	71	32,0	105	30,0	-1,1	1,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

Estado civil

Como se verifica na tabela 4, relativamente ao estado civil dos sujeitos da amostra, constatou-se que 14% dos utentes eram solteiros, 40,3% casados ou viviam em união de facto, 2,3% divorciados ou separados e 43,3% eram viúvos. O género masculino possui 12,5% de utentes solteiros, 56,3% casados/em união de facto, 5,5% divorciados ou separados e 25,7% viúvos. Quanto aos utentes do género feminino, pode constatar-se que 14,9% eram solteiras, 31,1% casadas/ em união de facto, 0,5% divorciadas/ separadas e 53,5% viúvas. Há diferenças estatísticas altamente significativas entre estas variáveis ($p=0,000$).

Tabela 4 - Género em função do estado civil

Estado civil	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Solteiro	16	12,5	33	14,9	49	14,0	-0,6	0,6	36,507	0,000
Casado/ União de facto	72	56,3	69	31,1	141	40,3	4,6	-4,6		
Divorciado/ Separado	7	5,5	1	0,5	8	2,3	3,0	-3,0		
Viúvo	33	25,7	119	53,5	152	43,4	-5,1	5,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

Tendo em conta os dados mencionados antes, relativas ao género e estado civil, recategorizou-se a variável estado civil, sendo que o estado civil solteiro, divorciado/separado e viúvo foram recodificados em sem companheiro e os utentes casados como com companheiro.

Assim, analisando a tabela 5, constatou-se que 59,7% dos utentes não têm companheiro e 40,3% têm companheiro. No grupo de sujeitos da amostra do género masculino, apurou-se que 43,7% situam-se no grupo dos utentes sem companheiro e 56,3% no grupo dos utentes com companheiro. Quanto aos sujeitos da amostra do género feminino, averiguou-se que a maioria (68,9%) tem companheiro e 31,1% não possuem companheiro. Verificou-se igualmente a existência de diferenças estatísticas altamente significativas entre género e a presença ou não de companheiro ($p=0,000$).

Tabela 5 - Género em função da existência de Companheiro

	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	56	43,7	153	68,9	209	59,7	-4,6	4,6	21,379	0,000
Com companheiro	72	56,3	69	31,1	141	40,3	4,6	-4,6		
Total	128	100	222	100	350	100				

Habilitações literárias

Os dados obtidos na tabela 6 mostram que 53,7% dos utentes não possui instrução primária, 43,7% têm a 4.^a classe antiga, correspondente ao atual 2.^o Ciclo do Ensino Básico, ou seja, ao 6.^o ano de escolaridade, 1,7% têm o 5.^o ano antigo (9.^o ano), 0,6% têm escolaridade pós secundária entre 6 meses a 2 anos e 0,3% possui escolaridade terciária correspondente a educação superior a 2 anos (curso doutoral).

As utentes do género masculino, 40,6% são considerados sem escolaridade, 53,9% possui a 4.^a classe antiga (6.^o ano), 3,9% o 5.^o ano antigo (9.^o ano), 0,8% têm escolaridade pós secundária (entre 6 meses a 2 anos) e, 0,8% possui educação terciária (educação superior a 2 anos - curso doutoral). Quanto aos utentes do género feminino, 61,3% é tida sem escolaridade, 37,7% têm a 4.^a classe antiga, 0,5% o 5.^o

ano antigo. Refere-se que se verificou que existem diferenças estatísticas bastante significativas ($p=0,001$).

Tabela 6 – Habilitações literárias em função do género

Habilitações	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem escolaridade / Educação Primária 4.º classe (6.º ano)	52	40,6	136	61,3	188	53,7	-3,7	3,7	18,778	0,001
5.º ano antigo (9º ano) – 7.º ano (12º ano)	69	53,9	84	37,7	153	43,7	2,9	-2,9		
Educação pós secundária (de 6 meses a 2 anos)	5	3,9	1	0,5	6	1,7	2,4	-2,4		
Educação terciária (mais de 2 anos/ curso doutoral)	1	0,8	1	0,5	2	0,6	0,4	-0,4		
	1	0,8	-	0,0	1	0,3	1,3	-1,3		
Total	128	100	222	100	350	100				

Situação profissional

Dos utentes com estudos, somente 0,9% eram ativos, enquanto a maioria (99,1%) estava reformada. Constatou-se que 1,6% dos utentes do género masculino e 0,5% do género feminino ainda eram ativos profissionalmente. Salienta-se que 98,4% dos utentes do género masculino e 99,5% do género feminino eram reformados.

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a situação profissional e o género ($p=0,277$) (tabela 7).

Tabela 7 – Situação profissional em função do género

Habilitações	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Ativo	2	1,6	1	0,5	3	0,9	1,1	-1,1	1,181	0,277
Reformado	126	98,4	221	99,5	347	99,1	-1,1	1,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

3.3. Instrumentos

Utilizou-se uma grelha como instrumento de recolha de dados (cf. Anexo I), contendo um questionário sociodemográfico, um questionário relativo às variáveis contextuais ao internamento, Escala Numérica da Dor, Escala de Morse, Índice de Lawton e Brody e por fim, o Índice de Katz.

Questionário sociodemográfico: possibilitou recolher-se informações acerca do sexo, idade, estado civil, habilitações académicas e situação profissional.

Questionário relativo às variáveis contextuais ao internamento: facultou dados quanto ao internamento (proveniência, tempo de permanência na UCCI, objetivos do internamento, como é o caso da existência ou não de: descanso do cuidador, situação de fragilidade, doenças crónicas com episódio de agudização, necessidade de continuidade de cuidados, necessidade de vigilância e tratamentos complexos, cuidados paliativos, necessidade de ensino doente/ cuidadores, outras causas de solicitação, as patologia(s) diagnosticada(s) na admissão, terapêutica (polimedicção), eliminação (continente ou incontinente) e presença de dor, sendo esta operacionalizada através da Escala Numérica da Dor.

Escala Numérica da Dor

A dor tem sido considerada uma experiência subjetiva sensorial e emocional desagradável que é difícil de quantificar e qualificar (Sousa & Silva, 2005).

A sua difícil classificação deve-se ao facto de ser um fenómeno complexo derivado de estímulos sensoriais ou de lesões neurológicas, podendo ser modificado pela memória, expectativas e emoções dos indivíduos. Pode também ser influenciada por uma variedade de outros fatores (as habilidades para a manear e controlar, os sinais vitais, a história médica e cirúrgica, as condições socioeconómicas, o contexto cultural, o sexo e as habilidades intelectuais) (Sousa & Silva, 2005).

O conhecimento da natureza da medida da dor e das propriedades psicométricas das escalas de mensuração da dor têm importância teórica, metodológica e clínica (Sousa & Silva, 2005).

A escolha da forma de codificação dos dados deve, por isso, orientar-se no sentido de identificar o processo mais económico de coletar e registar a informação considerada relevante em face dos objetivos e hipóteses do estudo. A informação obtida nas investigações é quase sempre tratada de forma quantitativa, isto é, por meio de números (Sousa & Silva, 2005).

A escala de estimativa numérica é a escala mais comumente utilizada. Os doentes estimam a sua dor numa escala de 0 a 10 ou numa escala de 0 a 5 categorias, com 0 representando “nenhuma dor” e 5 indicando “a pior dor imaginável” (Sousa & Silva, 2005).

Foi realizado o levantamento da primeira avaliação da dor, ou seja, logo após a admissão e a última avaliação final do internamento (antes do momento da alta, transferência ou óbito). Neste estudo recategorizou-se a escala da dor em 3 categorias: sem dor se pontuada com menos de 4 pontos, dor moderada se entre 5 a 7 pontos e dor máxima se maior que 8.

A utilização desta escala para além de ser a de mais fácil aplicação, é a utilizada na instituição em causa, também permitiu uma pontuação precisa da dor.

A medida deve ter utilidade clínica. Ela deve também ser fidedigna e deve ser uma medida válida daquele aspeto da dor que se pretende mensurar (Sousa & Silva, 2005).

Escala de Avaliação do Risco de Queda, de Morse

A prevenção de quedas nos doentes institucionalizados requer um planeamento e coordenação eficaz. As medidas de segurança envolvem todos os profissionais de saúde especialmente enfermeiros, médicos, farmacêuticos e fisioterapeutas.

A escala de queda morse é um método rápido e simples para avaliar o risco de um doente cair. É composto por seis variáveis que são rápidas e fáceis de pontuar, o que tem sido demonstrado para além da sua validade e confiabilidade (Morse, 2009).

O modo como interatuam ou se sobrepõem os diferentes itens que compõem a escala da avaliação do risco de quedas é de grande importância no nosso estudo, no entanto só serão avaliados na primeira avaliação após a admissão do utente, na segunda avaliação, ou seja, a última avaliação desta escala durante o internamento só será utilizado o score final devido à ausência dos restantes dados na instituição.

Índice de Katz

Com o crescente aumento do número de idosos, cresce a necessidade de utilizar instrumentos de avaliação funcional. O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD), desenvolvido por Sidney Katz, é um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

Durante o processo de envelhecimento, devido a determinadas patologias e fatores do próprio envelhecimento tendem a comprometer a qualidade de vida e a funcionalidade dos indivíduos no desempenho das atividades quotidianas.

Em termos de avaliação em saúde, tais atividades são conhecidas como atividades de vida diária (AVDs) e subdividem-se em:

a) Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) – que envolvem as relacionadas com o autocuidado como alimentar, tomar banho, vestir, arrumar, mobilizar-se, manter controlo no processo de eliminação;

b) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) – que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive, inclui a capacidade para preparar refeições, realizar compras, utilizar transportes, cuidar da casa, utilizar o telefone, administrar as suas próprias finanças, tomar os seus medicamentos (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007, p. 318).

Avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas para o desempenho das tarefas da vida quotidiana, para a realização de interações sociais, nas suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos no seu dia-a-dia (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

Segundo esta escala os idosos eram classificados como independentes se eles desenvolvessem a atividade (qualquer das seis propostas) sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto. A dependência para cada uma das seis funções estabelecidas foi previamente determinada e está explicitada a seguir.

A avaliação da atividade tomar banho era realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e do ato de se esfregar. Nessa função eram considerados independentes os idosos que recebessem algum auxílio para lavar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades. A designação de dependência parcial era feita aos idosos que recebiam assistência para tomar banho em mais de uma parte do corpo ou necessitavam de auxílio para entrar ou sair da banheira e de dependência total para aqueles que não eram capazes de tomar banho sozinhos.

Para avaliar a função “vestir-se” considerava-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas eram compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos foi excluído da avaliação. A designação de dependência era dada aos doentes que recebiam alguma assistência pessoal ou que permaneciam parciais ou totalmente despidos.

A função “ir a casa de banho” compreendia o ato de ir a casa de banho para eliminar, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes poderiam ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso alterasse sua classificação. Dependentes eram aqueles que recebiam qualquer auxílio direto ou que não desempenhassem a função.

A função “transferência” era avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não alterava a classificação de

independência para a função. Dependentes eram os doentes que recebiam qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executavam uma ou mais transferências.

A “continência” referia-se ao ato inteiramente autocontrolo em urinar ou defecar. A dependência estava relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controlo externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classificava o doente como dependente.

A função “alimentação” relacionava-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los estava excluído da avaliação. Dependentes eram os idosos que recebiam qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentavam sem ajuda ou que utilizavam sondas enterais para se alimentarem eram considerados dependentes bem como os que eram nutridos por via parenteral.

Tal como as escalas anteriores, foi realizado o levantamento da primeira avaliação do Índice de Katz, ou seja, logo após a admissão e a última avaliação final do internamento (antes do momento da alta, transferência ou óbito).

Índice de Lawton e Brody

A escala de Lawton e Brody é um instrumento muito utilizado para avaliar a capacidade funcional dos idosos na realização das Atividades Instrumentais da Vida Diárias, constituindo uma estratégia de avaliação e monitorização do seu grau de autonomia em contexto comunitário.

Esta escala foi criada por Lawton e Brody em 1969 e é utilizada tanto na prática clínica como em pesquisa em todo o mundo. Esta escala avalia sete atividades: uso do telefone, locomover-se utilizando um meio de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparar refeições, uso de medicação e administração das finanças (Freitas & Py, 2011).

Há três opções de resposta: independente, necessidade de ajuda parcial ou incapacidade para a realização da tarefa. A pontuação varia de 3 a 1 para cada item, sendo que a independência recebe a maior pontuação. O score máximo é de 21 pontos quando o indivíduo for totalmente independente (Freitas & Py, 2011).

3.4. Procedimentos

Começa-se por referir que a primeira etapa desta investigação foi a elaboração do instrumento de avaliação original, na procura e aquisição das escalas e testes e na solicitação e obtenção de autorização do diretor clínico da instituição (cf. Anexo II).

Com a obtenção das autorizações dos dirigentes de cada instituição, iniciámos a aplicação do protocolo de questionários.

A população alvo foi constituída pelos utentes internados durante o período descrito (8 de abril de 2008 e 31 de dezembro de 2012) na UCCI de Vouzela, e tendo em conta o tipo de estudo e a necessidade de obtermos uma amostra significativa, isto é, formada pelos sujeitos internados na UCCI que reuniam os critérios de inclusão.

Para a consecução desta prática foi utilizada uma grelha de recolha de dados simples e acessível ao estudo.

Refere-se ainda como se recodificou algumas variáveis no sentido de melhorar a sua interpretação, conforme se passa a expor:

Quanto às patologias, a sua recategorização deveu-se à multiplicidade de diagnósticos apresentados no aplicativo informático da RNCCI houve necessidade de recodificar estes diagnósticos tendo-se optado pela classificação internacional de Doenças (CID 10). Este, por sua vez, foi recodificado em seis grupos para que fosse possível ter uma maior amostragem. Estes cinco grupos são: 1 – doenças endócrinas, 2 – transtornos mentais, 3 - doenças do sistema nervoso, 4 - doenças do aparelho circulatório; 5 - doenças do sistema osteomuscular; 6 – outras patologias.

Em cada grupo citado anteriormente podemos encontrar:

No grupo 1: diabetes, bócio, obesidade, hiperalimentação.

No grupo 2: Afeções do cérebro, doença de Alzheimer, degenerações cerebrais, distúrbios do comportamento, depressão.

No grupo 3: Afeções das raízes e plexos nervosos, doença de Parkinson, senilidade, epilepsia, entre outras.

No grupo 4: Acidente vascular cerebral, Hipertensão arterial, aterosclerose, Insuficiência cardíaca, arritmia, entre outras.

No grupo 5: artropatias, artrite reumatóide, osteoartrose.

Por fim, foram agrupados no grupo 6 todas as outras patologias encontradas, dos restantes grupos de patologias segundo a CID 10.

Em relação à escala da dor, definiu-se que de 0 a 4 valores corresponde a - Sem dor; 5 a 7 valores corresponde a dor moderada e ≥ 8 corresponde dor máxima.

Relativamente à polimedicação, esta foi agrupada do seguinte modo:

≤ 1 comprimido,

2 a 4 comprimidos

≥ 5 comprimidos.

Quanto à escala de Lawton e Brody, aplicada na UCCI de Vouzela, a mesma apresenta menos uma pergunta que a escala de Lawton e Brody. Por essa razão, no nosso estudo houve necessidade de readaptação, deste modo obteve-se como classificação: de 0 a 8 pontos dependente total, 9 a 18 dependente com assistência e quando cotação superior a 19 independente.

Com a aplicação do Índice de Katz categorizaram-se três estádios, o primeiro ou ausência de capacidade ou incapacidade leve se cotado entre 0 e 1 valor, em segundo, designado por incapacidade moderada se cotada entre 2 e 3, e por fim, incapacidade severa, se cotado entre 4 e 6 pontos.

Após verificação de que ambos os índices não coincidirem com os originais dos autores optou-se pelo uso da classificação nas tarefas descritas e não na cotação final de cada um dos índices.

3.5. Análise dos Dados

Após a recolha de dados, estes foram lançados e processados no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0 para Windows.

Para o tratamento estatístico recorremos à estatística descritiva e analítica.

A apresentação dos resultados fez-se através de tabelas e quadros, onde se apresentaram os dados mais relevantes com recurso a frequências absolutas e percentuais. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem apresentada no instrumento de avaliação.

Relativamente ao número de elementos que constituíram a amostra tendo em conta os dados obtidos, com a escala de morse preenchida, a amostra obtida é constituída por 296 utentes.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam a distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras.

No que concerne à estatística inferencial, recorreu-se a testes paramétricos e a testes não paramétricos.

Maroco (2007) refere que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam excessivamente pequenas, o que vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro (2009) quando afirma que para grupos amostrais com um n superior a 30, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, para amostras iguais ou inferiores a 30, este teste exige que os grupos em análise tenham uma distribuição normal.

A estatística não paramétrica, como alternativa aos testes paramétricos, foi utilizada quando a condição da homogeneidade/ normalidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007) ou seja, quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1,6 (Pestana & Gageiro, 2009) utilizou-se o teste de *U-Mann-Whitney* e *Kruskal Wallis*.

Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizou-se o teste paramétrico *t de Student*. Quando são expostos dois testes de *t* (um para variâncias iguais e outro para quando são diferentes), é necessário escolher o mais adequado tendo como base o teste à homogeneidade de Levene (quando a significância deste teste é superior a 0,05, assume-se que as variâncias são iguais) (Pestana & Gageiro, 2009).

Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais.

Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2009).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p > 0.05$ n.s. - diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados foi realizada com o recurso de tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado. A descrição e análise dos dados procuraram obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Capítulo 4: Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados relativos aos dados colhidos. Assim, para facilitar a sua análise estatística, os mesmos apresentam-se em tabelas antecedidas da sua análise. Assim, começa-se por apresentar a análise descritiva e, depois, a análise inferencial.

4.1 - Análise Descritiva

Como já referido, tem lugar a análise descritiva segundo as variáveis contextuais ao internamento, de acordo com o instrumento de recolha de dados.

Tempo de permanência

Na tabela 8 correspondente ao tempo de permanência em dias, obteve-se o mínimo de 1 dia de permanência na UCCI e um máximo de 759 dias, com uma média de 126,95 dias, havendo diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$).

De modo mais concreto e tendo em conta a variável género, pode dizer-se que, nos utentes do género masculino, verificou-se um mínimo de 1 e um máximo de 612 dias de permanência na UCCI, com uma média de 121,22 dias e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 117,349, com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). No grupo de utentes do género feminino, assinalou-se um mínimo de 2 dias e um máximo de 759 dias de permanência na UCCI, com uma média de 130,26 dias e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 118,308 com diferenças estatísticas também altamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 8 – Tempo de permanência em função do género dos utentes institucionalizados da UCCI de Vouzela

Tempo de permanência	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	1	612	121,22	117,349	96,79	9,08	10,89	0,000
Feminino	2	759	130,26	118,308	90,81	12,92	17,26	0,000
Total	1	759	126,95	117,87	92,84	15,66	19,90	0,000

Aplicando-se o test t para as diferenças de médias entre o tempo de permanência e o género, obtiveram-se médias, para ambos os géneros, muito adjacentes, ou seja, 121,22 para o género masculino e 130,26 para o sexo feminino, com os seguintes desvios padrão 117,34 e 118,30. Porém, não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ($p=0,490$). (tabela 9).

Tabela 9 – Teste t para diferenças de médias entre o tempo de permanência e o género

Género	Média	Dp	Leven,s P	T	P
	Masculino	121.22	117.34	0.907	-0.690
Feminino	130.26	118.30			

Quanto ao tempo de permanência na UCCI, verificou-se na tabela 10 que 24,9% dos utentes permaneceram num período \leq a 54 dias, 19,4% entre 55 e os 88 dias, 30,6% de 89 a 182 dias e os restantes 25,1% num período superior a 183 dias. Respeitante aos utentes do género masculino, certificou-se que 32% ficaram num período \leq a 54 dias, 14,8% entre 55 e os 88 dias, 29,7% de 89 a 182 dias e 23,5% num período superior a 183 dias. Já relativamente às utentes do género feminino, verificou-se que 20,7% passaram um período \leq a 54 dias, 22,1% permaneceram num período entre 55 e os 88 dias, 31,1% de 89 a 182 dias e as restantes 26,1% mais que 183 dias.

Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,084$).

Tabela 10 – Tempo de permanência em função do género

Tempo de permanência	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	41	32,0	46	20,7	87	24,9	2,4	-2,4	6,647	0,084
55-88 dias	19	14,8	49	22,1	68	19,4	-1,6	1,6		
89 – 182 dias	38	29,7	69	31,1	107	30,6	-0,3	0,3		
≥ 183 dias	30	23,5	58	26,1	88	25,1	-0,6	0,6		
Total	128	100	222	100	350	100				

Proveniência

Em conformidade com os dados obtidos na tabela 11, pode dizer-se que 70,3% dos utentes são provenientes do domicílio, 27,4% do hospital e 2,3% de transferências de outras instituições. Observou-se que os utentes do sexo masculino 61,7% provém do domicílio, 36,0% do hospital e 2,3% são transferidos. Quanto às utentes do género feminino, 75,2% provém do domicílio, 22,5% do hospital, enquanto as restantes 2,3% provêm de transferências.

Registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a proveniência e o género dos utentes ($p=0,024$).

Tabela 11 – Proveniência em função do género

Proveniência	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Domicilio	79	61,7	167	75,2	246	70,3	-2,7	2,7	7,437	0,024
Hospital	46	36,0	50	22,5	96	27,4	2,7	-2,7		
Transferência	3	2,3	5	2,3	8	2,3	0,1	-0,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

Descanso do cuidador

Com base nos resultados obtidos na tabela 12, pode afirmar-se que, dos sujeitos da amostra, 43,7% integraram na UCCI de Vouzela para descanso do cuidador, dos quais 32,8% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Salienta-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$).

Tabela 12 – Descanso do cuidador em função do género

Descanso do cuidador	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	86	67,2	111	50,0	197	56,3	3,1	-3,1	9,748	0,002
Sim	42	32,8	111	50,0	153	43,7	-3,1	3,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

Situação de fragilidade

Os dados obtidos na tabela 13 mostram que a causa de solicitação de internamento por situação de fragilidade do utente foi registada em 94,3% dos casos. Assim, no grupo de utentes do género masculino, 93% registou a situação de fragilidade para integração na RNCCI, em comparação com os 7% dos restantes casos. No grupo de utentes do género feminino, sobressaíram 95% as que estavam em situação de fragilidade no momento da admissão, comparativamente às restantes 5% das utentes. Salienta-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,420$).

Tabela 13 – Situação de Fragilidade em função do género

Situação de Fragilidade	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	9	7,0	11	5,0	20	5,7	0,8	-0,8	0,650	0,420
Sim	119	93,0	211	95,0	330	94,3	-0,8	0,8		
Total	128	100	222	100	350	100				

Presença de doenças crónicas com episódio de agudização

Os dados relativos às doenças crónicas com episódio de agudização, consistindo uma causa de solicitação de internamento dos utentes na UCCI de Vouzela, mostram que 36,3% dos utentes institucionalizados mencionaram esta causa como motivo de internamento. Registou-se que 42,2% dos utentes do género masculino referiram pela positiva esta causa de solicitação, bem como 32,9% das utentes institucionalizadas no mesmo período. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,081$). (tabela 14).

Tabela 14 – Presença de doença crónica agudizada em função do género

Doença Crónica	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	74	57,8	149	67,1	223	63,7	-1,7	1,7	3,040	0,081
Sim	54	42,2	73	32,9	127	36,3	1,7	-1,7		
Total	128	100	222	100	350	100				

Necessidade de continuidade de cuidados

Quanto à necessidade de continuidade de cuidados, sendo esta igualmente uma causa de solicitação de institucionalização, verificou-se que a maioria dos utentes (87,1%) referiu necessidade de continuidade de cuidados. No grupo de utentes do género masculino, a maioria (92,2%) necessita de continuidade de cuidados. Também se confirmou que a maioria das utentes do sexo feminino (84,2%) referiu igualmente essa necessidade. Confirma-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,032$). (tabela 15).

Tabela 15 – Necessidade de continuidade de cuidados em função do género

Continuidade de Cuidados	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	10	7,8	35	25,8	45	12,9	-2,1	2,1	4,584	0,032
Sim	118	92,2	187	84,2	305	87,1	2,1	-2,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

Necessidade de vigilância e tratamentos complexos

Relativamente à necessidade de vigilância e tratamentos complexos, registou-se que 36,9% dos utentes aludiram a essa necessidade como causa de solicitação, contrariamente aos 63,1% que não necessitaram da mesma. Constatou-se que 39,1% dos utentes do género masculino revelaram necessidade de vigilância e tratamentos

complexos, bem como 35,6% das utentes do género feminino. (tabela 16). Não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,516$).

Tabela 16 – Necessidade de vigilância e tratamentos complexos em função do género

Tratamento Complexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	78	60,9	143	64,4	221	63,1	-0,6	0,6	0,422	0,516
Sim	50	39,1	79	35,6	129	36,9	0,6	-0,6		
Total	128	100	222	100	350	100				

Cuidados paliativos

Pela análise da tabela 17, apurou-se que 7,7% dos utentes no momento da entrada na UCCI manifestaram necessidade da prestação de cuidados paliativos, enquanto 92,3% não sentiram essa necessidade. Constatou-se que, nos utentes do género masculino, esta causa de solicitação esteve presente unicamente em 4,7% dos casos, enquanto nas utentes do género feminino obteve-se 9,5% dos casos. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,107$).

Tabela 17 – Cuidados Paliativos em função do género

Cuidados Paliativos	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	122	95,3	201	90,5	323	92,3	1,6	-1,6	2,597	0,107
Sim	6	4,7	21	9,5	27	7,7	-1,6	1,6		
Total	128	100	222	100	350	100				

Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidadores

Pela análise da tabela 18, verificou-se que 77,7% dos sujeitos da amostra tiveram a necessidade de ensino ao utente e/ou aos cuidadores. No grupo de sujeitos do género masculino, apurou-se que 78,1% dos utentes e/ou cuidadores necessitaram de ensino na área da prestação de cuidados, sendo esta uma situação análoga a 77,5% das utentes do género feminino. Não se registam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,889$).

Tabela 18 – Necessidade de ensino ao utente e/ou cuidadores em função do género

Necessidade de ensino	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	28	21,9	50	22,5	78	22,3	-0,1	0,1	0,020	0,889
Sim	100	78,1	172	77,5	272	77,7	0,1	-0,2		
Total	128	100	222	100	350	100				

Outra causa de solicitação

Quanto à existência de outras causas de solicitação de ingresso na RNCCI não discriminadas, relatadas como outra causa de solicitação, pode dizer-se que em 76% dos casos não existiu outra causa de solicitação, ao contrário dos restantes 24% dos casos. Verificou-se que 29,7% dos casos de utentes do género masculino esteve presente a existência de uma outra causa de internamento, sendo esta uma situação análoga aos 20,7% das utentes do género feminino. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,059$). (tabela 19).

Tabela 19 – Outra causa de solicitação em função do género

Outra causa de solicitação	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	90	70,3	176	79,3	266	76,0	-1,9	1,9	3,579	0,059
Sim	38	29,7	46	20,7	84	24,0	1,9	-1,9		
Total	128	100	222	100	350	100				

Principais patologias diagnosticadas

As principais patologias diagnosticadas nos utentes admitidos na UCCI de Vouzela foram as seguintes: 39,1% doenças do aparelho circulatório, 16% transtornos mentais, 10,9% doenças do sistema osteomuscular, 8,9% doenças do sistema nervoso, 8% doenças endócrinas, 17,1% outras patologias não agrupadas nas categorias anteriores. No que se refere aos utentes do género masculino, constatou-se que o diagnóstico principal apresentado na admissão foi em 40,6% dos casos doenças do aparelho circulatório, 10,9% doenças do sistema nervoso, 10,2% transtornos mentais, 8,6% doenças do sistema osteomuscular, 7,8% doenças endócrinas e 21,9% são outras patologias. No grupo de utentes do género feminino, o diagnóstico principal, em termos de admissão, sucedeu em 38,3% doenças do aparelho circulatório, 19,4% transtornos mentais, 12,2% doenças do sistema osteomuscular, 8,1% doenças endócrinas, 7,6% são doenças do sistema nervoso e 14,4% são outras

patologias. (tabela 20). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,109$).

Tabela 20 – Diagnóstico principal em função do género

Diagnóstico Principal	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Doenças endócrinas	10	7,8	18	8,1	28	8,0	-0,1	0,1	9,004	0,109
Transtornos Mentais	13	10,2	43	19,4	56	16,0	-2,3	2,3		
Doenças do Sistema nervoso	14	10,9	17	7,6	31	8,9	1,0	-1,0		
Doenças do aparelho circulatório	52	40,6	85	38,3	137	39,1	0,4	-0,4		
Doenças do sistema osteomuscular	11	8,6	27	12,2	38	10,9	-1,0	1,0		
Outras patologias	28	21,9	32	14,4	60	17,1	1,8	-1,8		
Total	128	100	222	100	350	100				

Diagnóstico secundário

Pela análise da tabela 21, quanto ao diagnóstico secundário, apresentado pelos utentes no momento da admissão, registaram-se os seguintes valores percentuais: 42,3% são doenças do aparelho circulatório, 15,1% são doenças endócrinas, 8,7% são transtornos mentais, 7,9% são doenças do sistema osteomuscular, 6% são doenças do sistema nervoso, e 20% constituem o grupo de outras patologias que não estão agrupadas nos grupos citados anteriormente.

O diagnóstico secundário apresentado na admissão de utentes do sexo masculino foi de 44,9% para as doenças do aparelho circulatório, 9,2% doenças endócrinas, 9,2% transtornos mentais, 6,1% doenças do sistema nervoso, 4,1% doenças do sistema osteomuscular e 26,5% são outras patologias. Nas utentes do género feminino o diagnóstico secundário ocorreu em 40,7% de casos de doenças do aparelho circulatório 18,6% são doenças endócrinas, 10,2% doenças do sistema osteomuscular, 8,4% transtornos mentais, 5,9% são doenças do sistema nervoso e 16,2% são outras patologias. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,072$).

Tabela 21 – Diagnóstico secundário em função do género

Diagnóstico Secundário	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Doenças endócrinas	9	9,2	31	18,6	40	15,1	-2,1	2,1	10,116	0,072
Transtornos Mentais	9	9,2	14	8,4	23	8,7	3,4	-0,2		
Doenças do Sistema nervoso	6	6,1	10	5,9	16	6,0	0,0	0,0		
Doenças do aparelho circulatório	44	44,9	68	40,7	112	42,3	0,7	-0,7		
Doenças do sistema osteomuscular	4	4,1	17	10,2	21	7,9	-1,8	1,8		
Outras patologias	26	26,5	27	16,2	53	20,0	2,0	-2,0		
Total	98	100	167	100	265	100				

Incontinência urinária

Pode dizer-se que predominaram os casos (80,6%) em que foi diagnosticada incontinência urinária, contrariamente a 19,4% dos casos havia o controlo esfinteriano. Averiguou-se que em 79,7% dos utentes do género masculino, 79,7% havia descontrolo involuntário dos esfíncteres, sendo esta uma situação análoga a 81,1% das mulheres. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,751$) (tabela 22).

Tabela 22 – Incontinência vesical em função do género

Incontinência vesical	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	26	20,3	42	18,9	68	19,4	0,3	-0,3	0,101	0,751
Sim	102	79,7	180	81,1	282	80,6	-0,3	0,3		
Total	128	100	222	100	350	100				

Incontinência fecal

Verificou-se a presença de incontinência fecal em 72,3% dos casos do total da amostra em estudo. Em relação aos utentes do género masculino, esta situação ocorreu em 72,7%, uma situação semelhante a 72,1% das utentes do género feminino. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,906$) (tabela 23).

Tabela 23 – Incontinência fecal em função do género

Incontinência fecal	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	35	27,3	62	27,9	97	27,7	-0,1	0,1	0,014	0,906
Sim	93	72,7	160	72,1	253	72,3	0,1	-0,1		
Total	128	100	222	100	350	100				

Necessidade de sonda vesical

Pode dizer-se, tendo em conta os dados obtidos na tabela 24, que, ao longo do período de internamentos, 22% dos utentes precisaram de colocação de cateterismo vesical, alguns em carácter permanente e outros temporariamente. Apurou-se que 26,6% dos homens foram algaliados, bem como 19,4% mulheres. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,118$).

Tabela 24 – Presença de sonda vesical em função do género

Sonda vesical	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	94	73,4	179	80,6	273	78,0	-1,6	1,6	2,448	0,118
Sim	34	26,6	43	19,4	77	22,0	1,6	-1,6		
Total	128	100	222	100	350	100				

Dor na admissão e na alta

Na amostra de utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela em estudo, registou-se, na tabela 25, um mínimo de dor na admissão (avaliado pela escala numérica da dor) de 0 e máximo de 8. Na última avaliação desta escala antes do momento da alta clínica/ saída da UCCI verificou-se um mínimo de 0 e um máximo de 9, sendo em média 0,39 na admissão e 0,16 na alta, com um desvio padrão igual a 1,291 na admissão e 0,809 na alta. Quer no momento da alta, quer no momento da admissão verificou-se a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 25 - Dor na admissão e alta

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Admissão	0	8	0,39	1,291	331,025	26,884	45,734	0,000
Alta	0	9	0,16	0,809	5,056	52,523	211,861	0,000

Dor na admissão na alta *versus* género

Atendendo aos dados obtidos, pode dizer-se, em relação à escala da dor, que se registou um mínimo de dor cotada com 0 e um máximo de 8, cotada numa escala de 0 (valor mínimo) e 10 (máximo). A média na totalidade dos utentes ronda os 0,39 com um desvio padrão de 1,291, verificando-se a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). Para os utentes do género masculino, verificou-se um intervalo de dor entre 0 (mínimo) e 8 (máximo), com uma média de dor de 0,44 e

um desvio padrão a oscilar em torno da média de 1,333 com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). Para as utentes do género feminino, confirmou-se um mínimo de dor de 0 e um máximo de 7. A média de dor para este sexo é de 0,37 com um desvio padrão de 1,26 também com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) (tabela 26).

Tabela 26 - Dor na admissão *versus* género

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	0	8	0,44	1,333	3,02	16,04	28,83	0,000
Feminino	0	7	0,37	1,26	3,42	21,82	36,67	0,000
Total	0	8	0,39	1,291	3,31	26,88	45,73	0,000

Dor na alta *versus* género

Nos utentes institucionalizados em estudo, na última aplicação da escala numérica da dor, registou-se um mínimo de dor cotada com 0 e um máximo de 9, cotada numa escala de 0 (valor mínimo) e 10 (máximo). A média na totalidade dos utentes ronda os 0,16 com um desvio padrão de 0,809, verificando-se a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). No grupo de utentes do género masculino, verificou-se um intervalo de dor entre 0 (mínimo) e 5 (máximo), com uma média de dor de 0,16 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 0,726 com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). No grupo de utentes do género feminino, houve um mínimo de dor de 0 e um máximo de 9. A média de dor para este sexo é igual ao sexo masculino (0,16) com um desvio padrão de 0,855 também com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) (tabela 27).

Tabela 27 - Dor na alta *versus* género

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	0	5	0,16	0,726	4,53	25,84	76,20	0,000
Feminino	0	9	0,16	0,855	5,34	44,38	187,38	0,000
Total	0	9	0,16	0,809	5,05	52,52	211,84	0,000

Presença de dor *versus* género

De acordo com os dados apurados, pode afirmar-se que, na primeira aplicação da escala numérica da dor, existia uma média de 0,44 e desvio padrão 1,333 para o

sexo masculino e 0,37 (média) e 1,269 (desvio padrão) para o sexo feminino. Não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ($p=0,635$).

Na última aplicação da escala numérica da dor, averiguou-se uma média de 0,16 e desvio padrão 0,726 para o sexo masculino e 0,16 (média) e 0,855 (desvio padrão) para o sexo feminino. Não são verificáveis também diferenças estatisticamente significativas ($p=0,987$) (tabela 28).

Tabela 28 – Teste t para diferença da avaliação da dor na admissão e alta

Género	Masculino		Feminino		Leven,s p	T	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	0,44	1,333	0,37	1,269	0,436	0,475	0,635
Alta	0,16	0,726	0,16	0,855	0,949	-0,016	0,987

Dor na admissão e o género

Pela tabela 29, no momento da admissão, 96,6% dos utentes mostravam-se sem dor, isto é, com a escala cotada entre 0 a 4 pontos; 3,1% manifestavam dor moderada (cotada entre 5 e 7) e 0,3% com dor máxima (≥ 8). No que se refere aos utentes do género masculino, a maioria (96,9%) não expressou dor, 2,3% expressou dor moderada e 0,8% dor máxima. Em relação às utentes do género feminino, verificou-se igualmente que a maioria (96,4%) não manifestou dor, 3,6% dor moderada e nenhuma utente manifestou dor máxima no momento da admissão. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,342$).

Tabela 29 – Dor na admissão em função do género

Tempo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem dor	124	96,9	214	96,4	338	96,6	0,2	-0,2	2,146	0,342
Dor moderada	3	2,3	8	3,6	11	3,1	-0,07	0,7		
Dor máxima	1	0,8	-	-	1	0,3	1,3	-1,3		
Total	128	100	222	100	350	100				

Dor versus momento da alta

No momento da alta/transferência ou óbito, 98,9% dos utentes não manifestavam dor, 0,8% apresentavam dor moderada e 0,3% com dor máxima. Quanto aos utentes do género masculino, a sua maioria (98,4%) não manifestou dor, 1,6% dor moderada, sem registo de algum caso com dor máxima. Referente às utentes do género feminino, também se apurou que a maioria (99,1%) não tinha dor,

0,5% tinham dor moderada e 0,4% manifestam dor máxima, na última aplicação da escala numérica da dor. Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,417$) (tabela 30).

Tabela 30 – Dor na alta em função do género

Tempo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem dor	126	98,4	220	99,1	346	98,9	-0,6	0,6	1,752	0,417
Dor moderada	2	1,6	1	0,5	3	0,8	1,1	-1,1		
Dor máxima	-	0,0	1	0,4	1	0,3	-0,8	0,8		
Total	128	100	222	100	350	100				

Dor versus momento da admissão

Na visualização da tabela 31, apurou-se que a maioria dos utentes, isto é, 96,6% não manifestava dor no momento da admissão, 3,1% manifestava dor moderada e 0,3% dor máxima. Verificou-se também que, no momento da admissão, dos utentes com idade \leq a 64 anos, 97,4% não apresentavam dor, 0% apresentavam dor moderada e 2,6% dor máxima. Dos indivíduos com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, 93,2% não exprimiam dor, 6,8% exprimiam dor moderada e ninguém exprimiu dor máxima na admissão com a idade compreendida no intervalo. Nos indivíduos com idade entre os 75 anos e os 84, 95,7% não expressavam dor, 4,3% expressavam dor moderada e nenhum caso expressou dor máxima na admissão. Os indivíduos com idade \geq a 85 anos revelaram no momento após integração na UCCI de Vouzela sem dor com uma percentagem de 99%, dor moderada 1% e dor máxima 0%.

Salienta-se que se registam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis aludidas ($p=0,033$).

Tabela 31 – Dor na admissão em relação à idade

Tempo	Sem dor		Dor moderada		Dor máxima		Total		Residuais			χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
≤ 64 anos	37	97,4	-	0,0	1	2,6	38	100	0,3	-1,2	2,9	13,721	0,033
65 – 74 anos	41	93,2	3	6,8	-	0,0	44	100	-1,3	1,5	-0,4		
75 – 84 anos	156	95,7	7	4,3	-	0,0	163	100	-0,8	1,2	-0,9		
≥ 85 anos	104	99,0	1	1,0	-	0,0	105	100	1,7	-1,5	-0,7		
Total	338	96,6	11	3,1	1	0,3	350	100					

Dor versus momento da alta

Constatou-se na tabela 32 que a maioria dos utentes, ou seja, 98,9% não manifestava dor no momento da alta, 0,9% manifestava dor moderada e 0,3% dor máxima. Quanto à idade, verificou-se que, no momento da alta, dos sujeitos com idade

≤ a 64 anos, 100% não apresentavam dor. Dos indivíduos com idade compreendida entre os 65 e os 74 anos, 97,7% não revelavam dor, 2,3% expressavam dor moderada e ninguém indicou dor máxima na alta. Nos indivíduos com idade entre os 75 e os 84 anos, 98,8% não expressavam dor, 0,6% expressavam dor moderada e 0,6% expressou dor máxima na alta. Os indivíduos com idade ≥ a 85 anos mostraram-se, no momento anterior à saída da UCCI de Vouzela, sem dor com uma percentagem de 99% e dor moderada 1%. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a dor na alta e a idade dos utentes ($p=0,853$).

Tabela 32 – Dor na alta em relação à idade

Tempo	Sem dor		Dor moderada		Dor máxima		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	Nº	%	1	2	3		
≤64 anos	38	100	-	0,0	-	0,0	38	100	0,7	-0,6	-0,3	2,637	0,853
65 – 74 anos	43	97,7	1	2,3	-	0,0	44	100	-0,8	1,1	-0,4		
75 – 84 anos	161	98,8	1	0,6	1	0,6	163	100	-0,1	-0,5	1,1		
≥85 anos	104	99	1	1,0	-	0,0	105	100	0,2	0,1	-0,7		
Total	346	98,9	3	0,9	1	0,3	350	100					

Dor na admissão versus dor na alta

Dos 338 indivíduos que no momento de admissão foram classificados como sem dor, 336 permaneceram sem dor no momento da alta e 2 casos evoluíram para a dor moderada.

Dos 11 casos que ingressaram na UCCI com dor moderada, 9 ficaram sem dor, 1 permaneceu com dor moderada e 1 passou a ter dor máxima.

O único caso que na admissão referia dor máxima passou a sem dor na alta.

Há a referir a presença de diferenças estatísticas altamente significativas em relação a estas variáveis, uma vez que $p=0,000$ (tabela 33).

Tabela 33 – Dor na admissão em relação à dor na alta

Dor	Sem dor na alta		Dor moderada na alta		Dor máxima na alta		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	Nº	%	1	2	3		
Sem dor na admissão	336	97,1	2	66,7	-	0,0	338	96,6	5,1	-2,9	-5,3	40,138	0,000
Dor moderada na admissão	9	2,6	1	33,3	1	100	11	3,1	-5,4	3,0	5,6		
Dor máxima na admissão	1	0,3	-	0,0	-	0,0	1	0,3	0,1	-0,1	-0,1		
Total	346	100,0	3	100,0	1	100	350	100					

Número de medicamentos na admissão *versus* o género

No momento da admissão, registou-se um mínimo de 0 medicamentos prescritos e um máximo de 21 medicamentos distintos. A média na totalidade de medicamentos prescritos ronda os 6,88 medicamentos com um desvio padrão de 3,732, verificando-se a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$).

No grupo de utentes do género masculino, houve, na entrada, no mínimo de 0 medicamentos prescritos e no máximo de 15, com uma média de medicamentos de 6,91 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,205 com diferenças estatísticas significativas ($p=0,049$). No grupo de utentes género feminino, confirmou-se um mínimo de medicamentos de 1 e um máximo de 21. A média de medicamentos para este sexo é 6,86 com um desvio padrão de 3,313 verificando-se diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) (tabela 34).

Tabela 34 – Número de medicamentos na admissão em função do género

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	0	15	6,91	3,205	46,38	-0,191	-1,256	0,049
Feminino	1	21	6,86	3,313	48,29	5,0	3,978	0,000
Total	0	21	6,88	3,732	47,52	4,007	2,526	0,000

Número de medicamentos na alta *versus* género

Dos utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela, no momento da alta, registou-se a prescrição de no mínimo 0 medicamentos e no máximo 22 medicamentos. A média da totalidade de medicamentos prescritos ronda os 8,881 medicamentos, com um desvio padrão de 3,732, verificando-se a existência de diferenças estatísticas significativas ($p=0,000$).

Assim, para os utentes do género masculino, registou-se um intervalo de 0 (mínimo) e 17 (máximo), com uma média de medicamentos por utente de 9,00 e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 3,804 com diferenças estatísticas significativas ($p=0,045$). Para as utentes do género feminino, verificou-se um mínimo de 1 medicamento e um máximo de 22. A média é de 8 medicamentos por utente com um desvio padrão de 3,698 igualmente com diferenças estatísticas significativas ($p=0,000$) (tabela 35).

Tabela 35 – Número de medicamentos na alta em função do género

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	0	17	9,00	3,804	11,321	-0,392	-0,938	0,045
Feminino	1	22	8,00	3,698	42,1	3,883	1,784	0,000
Total	0	22	8,881	3,732	42,36	2,746	0,653	0,000

Número de medicamentos prescritos *versus* género

Quanto à relação entre o género e o número de medicamentos prescritos, pela tabela 36, no momento da admissão, verificou-se uma média de 6,91 medicamentos e desvio padrão 3,205 para o sexo masculino e 6,86 (média) e 3,313 (desvio padrão) para o sexo feminino. Não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,909$).

No momento da alta, no sexo masculino registou-se média de medicamentos por utente de 8,85 e 3,804 de desvio padrão. Para o sexo feminino apurou-se uma média de 8,78 e desvio padrão de 3,698. Tal como na admissão, não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas ($p=0,862$).

Tabela 36 – Teste t para o número de medicamentos prescritos segundo o género

Número de medicamentos	Masculino		Feminino		Leven,s P	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	6,91	3,205	6,86	3,313	0,794	0,114	0,909
Alta	8,85	3,804	8,78	3,698	0,582	0,174	0,862

Medicação na admissão *versus* idade

Relativamente ao momento da admissão dos utentes, pela tabela 37, 4% deles tinham prescrição no máximo de 1 medicamento, 19,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 76,9% tem 5 ou mais medicamentos prescritos, ou seja, verificou-se o fenómeno da polimedicação em 76,9% dos casos no momento da admissão.

Nos utentes com idade inferior aos 64 anos, 10,5% tinham prescrição de um ou nenhum medicamento, 21,1% tinham entre 2 e 4 medicamentos prescritos e 68,4% mais do que 5 medicamentos. Nos utentes com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, verificou-se que 9,1% possuíam 2 a 4 medicamentos e 90,9% tinham prescrição de mais de 5 medicamentos. Os utentes na faixa etária ≥ 75 anos e ≤ 84 anos, 1,9% tomavam no máximo 1 medicamento, 19,6% entre 2 a 4 medicamentos e 78,5% mais de 5 medicamentos. Nos utentes com idade igual ou superior a 85 anos, 6,7% não tomavam nenhum medicamento, 21,9% tomavam 2 a 4 medicamentos e

71,4% mais do que 5 medicamentos. Existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos e a idade dos utentes ($p=0,026$).

Verifica-se a existência de polimedicação e a maior concentração de indivíduos em todas as faixas etárias quando prescritos mais que cinco medicamentos diferentes.

Tabela 37 – Medicação na admissão em função da idade

Número de medicamentos	≤64 anos		65 – 74 anos		75 - 84		≥85 anos		Total		Residuais				χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3	4		
≤1 medicamento	4	10,5	-	0,0	3	1,9	7	6,7	14	4,0	2,2	-1,4	-1,9	1,7	14,351	0,026
2-4 medicamentos	8	21,1	4	9,1	32	19,6	23	21,9	67	19,1	0,3	-1,8	0,2	0,9		
≥ 5 medicamentos	26	68,4	40	90,9	128	78,5	75	71,4	269	76,9	-1,3	2,4	0,7	-1,6		
Total	38	100	44	100	163	100	105	100	350	100						

Medicação na alta *versus* idade

Relativamente ao momento da alta do utente, verificou-se, pela tabela 38, que 1,4% dos utentes possuíam prescrição de no máximo 1 medicamento, 11,4% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 87,1% tinham 5 ou mais medicamentos prescritos, verificando-se da polimedicação em 87,1% dos casos no momento da alta.

Nos utentes na faixa etária inferior aos 64 anos, 2,6% tinham prescrição de um ou nenhum medicamento, 18,5% entre 2 e 4 medicamentos prescritos e 78,9% mais do que 5 medicamentos. Nos sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos, apurou-se que 9,1% tinham prescrição de 2 a 4 medicamentos e que a maioria (90,9%) possuía prescrição de mais de 5 medicamentos. No grupo de idosos nas faixas etárias ≥75 anos e ≤84 anos, 0,6% tomava no máximo 1 medicamento, 9,2% entre 2 a 4 medicamentos e 90,2% tomavam mais de 5 medicamentos. Os utentes com idade igual ou superior a 85 anos, 2,9% não tomavam medicamentos, 13,3% 2 a 4 medicamentos e 83,8% mais do que 5. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos e a idade dos utentes ($p=0,338$).

Verifica-se a existência de polimedicação e a maior concentração de indivíduos em todas as faixas etárias quando prescritos mais que cinco medicamentos diferentes.

Tabela 38 – Medicação na alta em função da idade

Número de medicamentos	≤64 anos		65 – 74 anos		75 - 84		≥85 anos		Total		Residuais				χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3	4		
≤1 medicamento	1	2,6	-	0,0	1	0,6	3	2,9	5	1,4	0,7	-0,9	-1,2	1,5	6,819	0,338
2-4 medicamentos	7	18,5	4	9,1	15	9,2	14	13,3	40	11,4	1,4	-0,5	-1,2	0,7		
≥ 5 medicamentos	30	78,9	40	90,9	147	90,2	88	83,8	305	87,1	-1,6	0,8	1,6	-1,2		
Total	38	100	44	100	163	100	105	100	350	100						

Medicação na admissão *versus* género

Referente ao momento da admissão do utente, 4% dos utentes possuíam prescrição de no máximo 1 medicamento, 19,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 76,9% tinham 5 ou mais medicamentos prescritos.

Nos utentes do género masculino, 6,3% tinham prescrição de no máximo 1 medicamento, 14,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 79,7% de mais de 5 medicamentos.

Nas utentes do género feminino, 2,7% possuíam prescrição de no máximo 1 medicamento, 22,1% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 75,2% de mais de 5 medicamentos.

Refere-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos na admissão e o género ($p=0,064$) no entanto verifica-se em ambos os sexos em grande percentagem o fenómeno da polimedicação (tabela 39).

Tabela 39 – Medicação na admissão em função do género

Número de medicamentos	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤1 medicamento	8	6,3	6	2,7	14	4,0	1,6	-1,6	5,485	0,064
2-4 medicamentos	18	14,1	49	22,1	67	19,1	-1,8	1,8		
≥ 5 medicamentos	92	79,7	167	75,2	269	76,9	1,0	-1,0		
Total	128	100,0	222	100,0	350	100,0				

Medicação na alta *versus* género

Relativamente ao momento da alta dos utentes, apurou-se na tabela 40, que 1,5% tinha prescrição de no máximo 1 medicamento, 11,4% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 87,1% tinha 5 ou mais medicamentos prescritos. Nos utentes do género masculino, 3,2% possuíam prescrição de no máximo 1 medicamento, 10,9% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 85,9% de mais de 5 medicamentos. Nas utentes do género feminino, 0,5% tinham prescrição de no máximo 1 medicamento, 11,4% de 2, 3 ou 4 medicamentos e 87,8% de mais de 5 medicamentos. Não se registou diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos prescritos na alta e o género ($p=0,126$).

Tal como na admissão, verifica-se em ambos os sexos uma grande percentagem o fenómeno da polimedicação.

Tabela 40 – Medicação na alta em função do género

Número de medicamentos	Masculino		Feminino		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2			
≤1 medicamento	4	3,2	1	0,5	5	1,5	2,0	-2,0		4,142	0,126
2-4 medicamentos	14	10,9	26	11,7	40	11,4	-0,2	0,2			
≥ 5 medicamentos	110	85,9	195	87,8	305	87,1	-0,5	0,5			
Total	128	100	222	100	350	100					

Número de medicamentos na admissão versus número de medicamentos na alta

Constatou-se que dos 14 utentes que tomavam menos ou 1 medicamento aquando a admissão, na alta eram somente 4 utentes a fazer ≤ 1 medicamento, seis utentes passaram a consumir 2 a 4 medicamentos na alta e os restantes 4 utentes aquando a alta aumentaram para 5 ou mais medicamentos. Dos 67 utentes que no momento da admissão consumiam 2 a 4 medicamentos, 30 destes utentes mantiveram o mesmo número e 37 aumentaram para um consumo de 5 ou mais medicamentos. Na admissão havia 269 utentes a tomarem 5 ou mais medicamentos, destes aquando a alta 1 utente ficou exclusivamente só com ≤ 1 medicamentos, 4 utentes reduziram também para 2 a 4 medicamentos e 264 utentes mantiveram a mesma toma, 5 ou mais medicamentos.

Verificou-se existirem diferenças estatísticas altamente significativas, pois p=0,000 (tabela 41).

Tabela 41 – Número de medicamentos na admissão em relação ao número de medicamentos na alta

A d m i s s ã o		Alta						Total	Residuais			X ²	p	
		≤1 medicamento		2-4 medicamentos		≥ 5 medicamentos			1	2	3			
		N	%	N	%	N	%	N				%		
	≤1 medicamento	4	80,0	6	15,0	4	1,3	14	4,0	8,7	3,8	-6,7	192,89	0,000
	2-4 medicamentos	-	0,0	30	75,0	37	12,1	67	19,1	-1,1	9,5	-8,7		
	≥ 5 medicamentos	1	20,0	4	10,0	264	86,6	269	76,9	-3,0	-10,7	11,2		
	Total	5	100	40	100	305	100	350	100					

4.2 - Análise Inferencial

De seguida tem lugar a análise inferencial. Em primeiro lugar surgem os dados do Índice de Katz, depois os do Índice de Lawton e Brody e, por fim, da Escala de Morse.

Índice de Katz

Os dados alcançados na tabela 42 mostram que, no que se refere ao grau de autonomia na admissão dos utentes, para tomar banho tendo em conta ao género, há um predomínio de utentes necessitados de assistência para tomar banho: 37% dos utentes do sexo masculino tinham esta necessidade, bem como 63% das utentes do sexo feminino. Não se apurou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,280$).

Tabela 42 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para tomar banho em relação ao género

Autonomia para tomar banho	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	-	0,0	126	37,0	126	36,7	-1,1	1,1	1,168	0,280
Feminino	2	100,0	215	63,0	217	63,3	1,1	-1,1		
Total	2	100	341	100	343	100				

Quanto ao grau de autonomia para os utentes se vestirem, no momento da admissão, verificou-se que a maioria dos utentes tinha a necessidade de ter assistência para esta atividade, ou seja, 37,2% dos utentes do sexo masculino patenteava essa necessidade e 62,8% das utentes do sexo feminino igualmente. Não há registo de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,125$) (tabela 43).

Tabela 43 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para vestir em relação ao género

Autonomia para vestir	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	-	0,0	126	37,2	126	36,7	-1,5	1,5	2,350	0,125
Feminino	4	100,0	213	62,8	217	63,3	1,5	-1,5		
Total	4	100	339	100	343	100				

Os dados alcançados na tabela 44 mostram que a maioria dos sujeitos da amostra necessitava de assistência, no momento de admissão, para efetuar a sua higiene, isto é, 36,7% para os utentes do sexo masculino e 63,3% para as utentes do sexo feminino. Não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,895$).

Tabela 44 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a higiene em relação ao género

Autonomia para a higiene	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	5	38,5	121	36,7	126	36,7	0,1	-0,1	0,017	0,895
Feminino	8	61,5	209	63,3	217	63,3	-0,1	0,1		
Total	13	100	330	100	343	100				

No que concerne ao grau de avaliação de autonomia, no momento da admissão, ao nível da deslocação, averiguou-se que a maioria dos utentes do sexo masculino (36,4%) revelavam a necessidade de assistência, sendo esta uma situação análoga para as utentes do género feminino, perfazendo 63,6%. Não há diferenças estaticamente significativas (p=0,617) (tabela 45).

Tabela 45 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a deslocação em relação ao género

Autonomia para a deslocação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	8	42,1	118	36,4	126	36,7	0,5	-0,5	0,250	0,617
Feminino	11	57,9	206	63,6	217	63,3	-0,5	0,5		
Total	19	100	324	100	343	100				

Pode dizer-se, com base nos resultados obtidos na tabela 46, que há uma clara preponderância de utentes com incontinência, no momento da admissão, isto porque 36% dos homens tinham-na, bem como 64% das mulheres. Não há diferenças estaticamente significativas (p=0,421).

Tabela 46 – Avaliação do grau de continência na admissão em relação ao género

Autonomia para grau de continência	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	17	42,5	109	36,0	126	36,7	0,8	-0,8	0,648	0,421
Feminino	23	57,5	194	64,0	217	63,3	-0,8	0,8		
Total	40	100	303	100	343	100				

Ao nível do grau de autonomia para a alimentação, no momento da admissão, pode dizer-se que grande número dos utentes (323) necessitavam de assistência para esta atividade, dado que 36,8% dos homens manifestaram-na, bem como e 63,2% das mulheres. Não há diferenças estaticamente significativas (p=0,868) (tabela 47).

Tabela 47 – Avaliação do grau de autonomia na admissão para a alimentação em relação ao género

Autonomia para a alimentação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	7	35,0	119	36,8	126	36,7	-0,2	0,2	0,027	0,868
Feminino	13	65,0	204	63,2	217	63,3	0,2	-0,2		
Total	20	100	323	100	343	100				

Quanto ao grau de autonomia para tomar banho, no momento da alta, verificou-se pela tabela 48, que a maioria dos utentes não a tinha (339 casos). Assim, registou-se que 37,2% dos homens necessitavam dessa assistência, sendo esta uma situação análoga aos 62,8% das mulheres. Não se apurou diferenças estatisticamente significativas (p=0,184).

Tabela 48 – Avaliação do grau de autonomia na alta para tomar banho em relação ao género

Autonomia para tomar banho	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	-	0,0	126	37,2	126	36,8	-1,3	1,3	1,765	0,184
Feminino	3	100,0	213	62,8	216	63,2	1,3	-1,3		
Total	3	100	339	100	342	100				

Os dados alcançados mostram que há uma superioridade de utentes que não tinha autonomia para se vestir no momento da alta (339 indivíduos), destacando-se 37,2% dos homens e 62,8% das mulheres. Não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,301) (tabela 49).

Tabela 49 – Avaliação do grau de autonomia na alta para vestir em relação ao género

Autonomia para vestir	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	1	0,8	125	37,2	126	36,8	-1,0	1,0	1,068	0,301
Feminino	5	83,3	211	62,8	216	63,2	1,0	-1,0		
Total	6	100	336	100	342	100				

Os dados observados na tabela 50 evidenciam que não havia autonomia em 324 indivíduos, no momento da alta, para fazer a sua higiene. Assim, houve um predomínio de 36,7% dos homens que precisavam de assistência para tal atividade, sendo esta uma situação idêntica aos 63,3% das mulheres. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas (p=0,853).

Tabela 50 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a higiene em relação ao género

Autonomia para a higiene	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	7	38,9	119	36,7	126	36,8	0,2	-0,2	0,034	0,853
Feminino	11	61,1	205	63,3	216	63,2	-0,2	0,20		
Total	18	100	324	100	342	100				

Verificou-se, através dos dados alcançados na tabela 51, que a maioria dos utentes (316) não mostrava autonomia para a deslocação, sobressaindo os 36,1% dos homens que estavam nesta situação e 63,9% das mulheres, respetivamente. Contudo, não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,306).

Tabela 51 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a deslocação em relação ao género

Autonomia para a deslocação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	12	46,2	114	36,1	126	36,8	1,0	-1,0	1,049	0,306
Feminino	14	53,8	202	63,9	216	63,2	-1,0	1,0		
Total	26	100	316	100	342	100				

A análise dos resultados da tabela 52 demonstrou que com incontinência no momento da alta, 36,4% dos homens tinham-na assim como 63,2% das mulheres. Não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,659).

Tabela 52 – Avaliação do grau de continência na alta em relação ao género

Autonomia para grau de continência	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	Nº	%	1	2		
Masculino	16	40,0	110	36,4	126	36,8	0,4	-0,4	0,194	0,659
Feminino	24	60,0	192	63,6	216	63,2	-0,4	0,4		
Total	40	100	302	100	342	100				

No momento da alta, registou-se na tabela 53, que havia utentes que precisavam de assistência para se alimentar, ou seja, 36,3% dos homens e 63,7% das mulheres. Não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,441).

Tabela 53 – Avaliação do grau de autonomia na alta para a alimentação em relação ao género

Autonomia para a alimentação	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Masculino	11	44,0	115	36,3	126	36,8	0,8	-0,8	0,594	0,441
Feminino	14	56,0	202	63,7	216	63,2	-0,8	0,8		
Total	25	100	317	100	342	100				

Quanto ao grau de autonomia, no momento da admissão, dos utentes para tomarem banho, apurou-se que, nas faixas etárias instituídas, houve a necessidade de assistência para esta atividade, com preponderância para os utentes entre os 75 e os 84 anos (46,9%) e os que se tinham igual ou superior a 85 anos (30,2%). Não há diferenças estatisticamente significativas (p=0,381) (tabela 54).

Tabela 54 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para tomar banho

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	-	0,0	36	10,6	36	10,5	-0,5	0,5	3,071	0,381
65 – 74 anos	1	50,0	42	12,3	43	12,5	1,6	-1,6		
75 – 84 anos	1	50,0	160	46,9	161	46,9	0,1	-0,1		
≥ 85 anos	-	0,0	103	30,2	103	30,0	-0,9	0,9		
Total	2	100	341	100	343	100				

Verifica-se pela análise da tabela 55, que em todas as faixas etárias houve a necessidade de assistência para que os utentes pudessem vestir-se, no momento da sua admissão na Unidade, com incidência nos idosos com idades entre os 75 e os 84 anos (46,9%), seguindo-se os que tinham idade igual ou superior a 85 anos (30,1%). Não se registam diferenças estatisticamente significativas (p=0,809).

Tabela 55 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se vestir

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	-	0,0	36	10,6	36	10,5	-0,7	0,7	0,968	0,809
65 – 74 anos	1	25,0	42	12,4	43	12,5	0,8	-0,8		
75 – 84 anos	2	50,0	159	46,9	161	46,9	0,1	-0,1		
≥ 85 anos	1	25,0	102	30,1	103	30,0	-0,2	0,2		
Total	4	100	339	100	343	100				

Os dados alcançados na tabela 56 mostram que, em todas as faixas etárias, os utentes não tinham autonomia para realizar a sua higiene, no momento da admissão, prevalecendo os idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (47,6%)

e os que tinham idade igual ou superior a 85 anos (30,9%). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$).

Tabela 56 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a higiene

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	5	38,5	31	9,4	36	10,5	3,4	-3,4	14,264	0,003
65 – 74 anos	3	23,1	40	12,1	43	12,5	1,2	-1,2		
75 – 84 anos	4	30,8	157	47,6	161	46,9	-1,2	1,2		
≥ 85 anos	1	7,7	102	30,9	103	30,0	-1,8	1,8		
Total	13	100	330	100	343	100				

Os resultados apurados na tabela 57 revelaram que, nos grupos etários estabelecidos, predominaram os utentes que não tinham autonomia para se deslocar no momento da admissão (324 casos), particularmente aqueles que estavam na faixa etária dos 75 anos aos 84 anos (47,2%) e os que possuíam idade igual ou superior aos 85 anos (30,9%). Não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0,093$).

Tabela 57 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para se deslocar

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	5	26,3	31	9,6	36	10,5	2,3	-2,3	6,424	0,093
65 – 74 anos	3	15,8	40	12,3	43	12,5	0,4	-0,4		
75 – 84 anos	8	42,1	153	47,2	161	46,9	-0,4	0,4		
≥ 85 anos	3	15,8	103	30,9	103	30,0	-1,4	1,4		
Total	19	100	324	100	343	100				

No momento de admissão e em conformidade com os dados alcançados na tabela 58, houve uma clara predominância de idosos com idades compreendidas entre os 75 aos 84 anos a ter incontinência (48,8%), seguindo-se os idosos com 85 anos ou idade superior (32%). Registaram-se diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 58 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a continência

Idade	Continente		Incontinente		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	15	37,5	21	6,9	36	10,5	5,9	-5,9	37,097	0,000
65 – 74 anos	6	15,0	37	12,2	43	12,5	0,5	-0,5		
75 – 84 anos	13	32,5	148	48,8	161	46,9	-1,9	1,9		
≥ 85 anos	6	15,0	97	32,0	103	30,0	-2,2	2,2		
Total	40	100	303	100	343	100				

Em conformidade com os resultados apurados na tabela 59, pode dizer-se que, no momento da admissão, predominaram os utentes com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos a precisar de assistência para se alimentar (47,4%), seguindo-se os que possuíam 85 anos ou mais (31,3%). Registaram-se diferenças estaticamente significativas ($p=0,008$).

Tabela 59 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na admissão para a alimentação

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤64 anos	6	30,0	30	9,3	36	10,5	2,9	-2,9	11,697	0,008
65 – 74 anos	4	20,0	39	12,1	43	12,5	1,0	-1,0		
75 – 84 anos	8	40,0	153	47,4	161	46,9	-0,6	0,6		
≥85 anos	2	10,0	101	31,3	103	30,0	-0,2	0,2		
Total	20	100	323	100	343	100				

De acordo com os dados obtidos na tabela 60, no momento da alta, predominaram os utentes com necessidade de assistência para tomar banho, sobretudo aqueles que tinham idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (47,2%), seguindo-se os idosos com 85 anos ou mais (30,1%). Não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,313$).

Tabela 60 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para tomar banho

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	1	33,3	35	10,3	36	10,5	1,3	-1,3	3,557	0,313
65 – 74 anos	1	33,3	42	12,4	43	12,6	1,1	-1,1		
75 – 84 anos	1	33,3	160	47,2	161	47,1	-0,5	0,5		
≥ 85 anos	-	0,0	102	30,1	102	29,8	-1,1	1,1		
Total	3	100	339	100	342	100				

No momento da alta, atendendo aos dados apurados, pode afirmar-se que a muitos dos utentes não tinha autonomia para se vestir, sobretudo os idosos com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (47%) e os que fruía de 85 anos ou mais idade (30,1%). Não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,881$) (tabela 61).

Tabela 61 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se vestir

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		x ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	1	16,7	35	10,4	36	10,5	0,5	-0,5	0,666	0,881
65 – 74 anos	1	16,7	42	12,5	43	12,6	0,3	-0,3		
75 – 84 anos	3	50,0	158	47,0	161	47,1	0,1	-0,1		
≥ 85 anos	1	16,7	101	30,1	102	29,8	-0,7	0,7		
Total	6	100	336	100	342	100				

Apurou-se na tabela 62 que, em todas as faixas etárias, a maioria dos utentes não tinha autonomia para realizar a sua a higiene, no momento da alta, predominando aqueles que possuíam idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (47,8%) e os que tinham 85 anos ou idade superior (31,2%). Apurou-se a existência de valores de diferenças estatísticas altamente significativos (p=0,000).

Tabela 62 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a higiene

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		x ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	8	44,4	28	8,6	36	10,5	4,8	-4,8	25,533	0,000
65 – 74 anos	3	16,7	40	12,3	43	12,6	0,5	-0,5		
75 – 84 anos	6	33,3	155	47,8	161	47,1	-1,2	1,2		
≥ 85 anos	1	5,6	101	31,2	102	29,8	-2,3	2,3		
Total	18	100	324	100	342	100				

Em relação à idade e ao grau de autonomia, no momento da alta, para os utentes se deslocarem, pode dizer-se, com base nos dados obtidos estatisticamente, que há o predomínio de idosos com 75-84 anos (48,4%), seguindo-se os que possuíam 85 anos ou idade superior (31%). Verificou-se a existência de diferenças estatísticas altamente significativas (p=0,000) (tabela 63).

Tabela 63 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para se deslocar

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		x ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	10	38,5	26	8,2	36	10,5	4,8	-4,8	24,595	0,000
65 – 74 anos	4	15,4	39	12,3	43	12,6	0,4	-0,4		
75 – 84 anos	8	30,8	153	48,4	161	47,1	-1,7	1,7		
≥ 85 anos	4	15,4	98	31,0	102	29,8	-1,7	1,7		
Total	26	100	316	100	342	100				

Em termos de relação entre a idade e a presença de incontinência, no momento da alta, em conformidade com os resultados alcançados na tabela 64, pode dizer-se que foram os utentes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (48,7%) que mais patenteavam incontinência, bem como os idosos com 85 anos ou idade superior a tal (32,1%). Registou-se também a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 64 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a continência

Idade	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	15	37,5	21	7,0	36	10,5	5,9	-5,9	37,484	0,000
65 – 74 anos	6	15,0	37	12,3	43	12,6	0,5	-0,5		
75 – 84 anos	14	35,0	147	48,7	161	47,1	-1,6	1,6		
≥ 85 anos	5	12,5	97	32,1	102	29,8	-2,5	2,5		
Total	40	100	302	100	342	100				

A análise dos dados apurados na tabela 65 revelou que, em relação à idade e o grau de autonomia para a alimentação, em termos de alta, os utentes com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (48,3%) foram os que manifestaram necessidade de assistência, sendo esta uma situação análoga àqueles na faixa etária dos 85 anos ou mais, com 30,6%. Assinalaram-se diferenças estaticamente significativas, pois $p=0,011$.

Tabela 65 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 64 anos	7	28,0	29	9,1	36	10,5	3,0	-3,0	11,182	0,011
65 – 74 anos	5	20,0	38	12,0	43	12,6	1,2	-1,2		
75 – 84 anos	8	32,0	153	48,3	161	47,1	-1,6	1,6		
≥ 85 anos	5	20,0	97	30,6	102	29,8	-1,1	1,1		
Total	25	100	317	100	342	100				

No que se refere ao tempo de permanência e o grau de autonomia para tomar banho, no momento da admissão, há uma preponderância de idosos com 89 a 182 dias de permanência na Unidade a ter revelado necessidade de assistência (30,8%), seguindo-se os que tinham 183 dias ou mais de permanência (25%) e os utentes com menos de 54 dias ou período igual de permanência (24%). Apurou-se que há diferenças estaticamente significativas ($p=0,043$) (tabela 66).

Tabela 66 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para tomar banho

Dias de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		x ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤54 dias	-	0,0	82	24,0	82	23,9	-0,8	0,8	8,136	0,043
55 – 88 dias	2	100,0	66	19,4	68	19,8	2,9	-2,9		
89 – 182 dias	-	0,0	105	30,8	105	30,6	-0,9	0,9		
≥ 183 dias	-	0,0	88	25,8	88	25,7	-0,8	0,8		
Total	2	100,0	341	100	343	100				

Os dados alcançados na tabela 67 demonstraram que os utentes com 89 a 182 dias de permanência na Unidade foram aqueles que patentearam necessitar de assistência para se vestir, no momento da admissão, sendo este o valor percentual mais significativo (31%), seguindo-se os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (25,7%) e os que tinham menos ou igual a 54 dias de permanência (24,2%). Verificou-se a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,038).

Tabela 67 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para se vestir

Dias de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		x ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	-	0,0	82	24,2	82	23,9	-1,1	1,1	8,422	0,038
55 – 88 dias	3	75,0	65	19,2	68	19,8	2,8	-2,8		
89 – 182 dias	-	0,0	105	31,0	105	30,6	-1,3	1,3		
≥ 183 dias	1	25,0	87	25,7	88	25,7	0,0	0,0		
Total	4	100	339	100	343	100				

Concluiu-se que os utentes que precisavam de assistência para realizar a sua higiene, no momento da admissão, foram aqueles que detinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,6%) na Unidade, seguindo-se os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (25,8%) e os que continham menos ou igual a 54 dias de permanência (24,8%). Há a salientar que houve diferenças estaticamente significativas (p=0,046). (tabela 68).

Tabela 68 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a higiene

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		x ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	-	0,0	82	24,8	82	23,9	-2,1	2,1	7,990	0,046
55 – 88 dias	6	46,2	62	18,8	68	19,8	2,4	-2,4		
89 – 182 dias	4	30,8	101	30,6	105	30,6	0,0	0,0		
≥ 183 dias	3	23,1	85	25,8	88	25,7	-0,2	0,2		
Total	13	100	330	100	343	100				

Com base nos resultados apurados na tabela 69, verificou-se que os utentes que precisavam de assistência para se deslocar, no momento da admissão à Unidade, foram os que continham entre 89 a 182 dias de permanência (30,9%), os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (25,9%) e os que tinham menos ou igual a 54 dias de permanência (24,7%). Refere-se que não se aferiu a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,078$).

Tabela 69 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a deslocação

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	2	10,5	80	24,7	82	23,9	-1,4	1,4	6,830	0,078
55 – 88 dias	8	42,1	60	18,5	68	19,8	2,5	-2,5		
89 – 182 dias	5	26,3	100	30,9	105	30,6	-0,4	0,4		
≥ 183 dias	4	21,1	84	25,9	88	25,7	-0,5	0,5		
Total	19	100	324	100	343	100				

Aferiu-se que os utentes com incontinência, no momento da admissão, tinham entre 89 a 182 dias de permanência (29,7%), seguindo-se os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (26,7%) e aqueles que continham menos ou igual a 54 dias de permanência (25,1%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,125$) (tabela 70).

Tabela 70 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a continência

Tempo de permanência	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	6	15,0	76	25,1	82	23,9	-1,4	1,4	5,743	0,125
55 – 88 dias	12	30,0	56	18,5	68	19,8	1,7	-1,7		
89 – 182 dias	15	37,5	90	29,7	105	30,6	1,0	-1,0		
≥ 183 dias	7	17,5	81	26,7	88	25,7	-1,3	1,3		
Total	40	100	303	100	343	100				

Outro resultado a que se chegou pela tabela 71 foi que os utentes que não possuíam autonomia para se alimentar, no momento da admissão, sobressaíram aqueles que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (31,0%) na Unidade, seguindo-se os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (25,1%), bem como aqueles que tinham menos ou igual a 54 dias de permanência (24,5%). Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,586$).

Tabela 71 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na admissão para a alimentação

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	3	15,0	79	24,5	82	23,9	-1,0	1,0	1,933	0,586
55 – 88 dias	5	25,0	63	19,5	68	19,8	0,6	-0,6		
89 – 182 dias	5	25,0	100	31,0	105	30,6	-0,6	0,6		
≥ 183 dias	7	35,0	81	25,1	88	25,7	1,0	-1,0		
Total	20	100	323	100	343	100				

Verificou-se, através da análise dos resultados da tabela 72, que os utentes que não tinham autonomia para tomar banho, no momento da alta, foram os que possuíam entre 89 a 182 dias de permanência (31,0%) na Unidade, seguindo-lhes os que detinham 183 dias ou mais de permanência (26%), bem como os que tinham menos ou igual a 54 dias de permanência (23,9%). Refere-se, ainda, que não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,155).

Tabela 72 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para o banho

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	1	33,3	81	23,9	82	24,0	0,4	-0,4	5,242	0,155
55 – 88 dias	2	66,7	65	19,2	67	19,6	2,1	-2,1		
89 – 182 dias	-	0,0	105	31,0	105	30,7	-1,2	1,2		
≥ 183 dias	-	0,0	88	26,0	88	25,7	-1,0	1,0		
Total	3	100	339	100	342	100				

A análise dos dados alcançados na tabela 73 mostrou que houve um predomínio de utentes que não tinham autonomia para se vestir, no momento da alta. Assim, sobressaíram os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (31%) na Unidade, os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (25,6%) e os que tinham menos ou igual a 54 dias de permanência (24,4%). Refere-se também que não se averiguou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,181).

Tabela 73 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se vestir

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	-	0,0	82	24,4	82	24,0	-1,4	1,4	4,876	0,181
55 – 88 dias	3	50,0	64	19,0	67	19,6	1,9	-1,9		
89 – 182 dias	1	16,7	104	31,0	105	30,7	-0,8	0,8		
≥ 183 dias	2	33,3	86	25,6	88	25,7	0,4	-0,4		
Total	6	100	336	100	342	100				

Pode dizer-se, com base na análise dos resultados da tabela 74, que os utentes que não tinham autonomia para efetuar a sua higiene, no momento da alta, foram os que possuíam entre 89 a 182 dias de permanência (30,6%), os que detinham 183 dias ou mais de permanência (25,9%) e os que continham menos ou igual a 54 dias de permanência (25%), não resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,092$).

Tabela 74 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para a higiene

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	1	5,6	81	25,0	82	24,0	-1,9	1,9	6,435	0,092
55 – 88 dias	7	38,9	60	18,5	67	19,6	2,1	-2,1		
89 – 182 dias	6	33,3	99	30,6	105	30,7	0,2	-0,2		
≥ 183 dias	4	22,2	84	25,9	88	25,7	-0,3	0,3		
Total	18	100	324	100	342	100				

Através da análise dos dados alcançados, pode afirmar-se que a maioria dos utentes que não tinham autonomia para se deslocar, no momento da alta, foi os que detinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,1%), os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (26,3%) e os que tinham menos ou igual a 54 dias de permanência (25%). Estes resultados não levaram à existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,201$) (tabela 75).

Tabela 75 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para se deslocar

Tempo de permanência	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	3	11,5	79	25,0	82	24,0	-1,5	1,5	4,625	0,201
55 – 88 dias	8	30,8	59	18,7	67	19,6	1,5	-1,5		
89 – 182 dias	10	38,5	95	30,1	105	30,7	0,9	-0,9		
≥ 183 dias	5	19,2	83	26,3	88	25,7	-0,8	0,8		
Total	26	100	316	100	342	100				

Apurou-se também que os utentes possuíam incontinência, no momento da alta, dos quais se destacam os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,1%) na Unidade, seguindo-se os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (26,2%) e os que tinham menos ou igual a 54 dias de permanência (25,5%) na Unidade, sem que houvesse diferenças estaticamente significativas ($p=0,142$) (tabela 76).

Tabela 76 – Relação entre o tempo de permanência e o grau de autonomia na alta para a continência

Tempo de permanência	Continente		Incontinente		Total		Residuais		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≥ 54 dias	5	12,5	77	25,5	82	24,0	-1,8	1,8	5,450	0,142
55 – 88 dias	12	30,0	55	18,2	67	19,6	1,8	-1,8		
89 – 182 dias	14	35,0	91	30,1	105	30,7	0,6	-0,6		
≤ 183 dias	9	22,5	79	26,2	88	25,7	-0,5	0,5		
Total	40	100	302	100	342	100				

A análise dos dados da tabela 77 apurados demonstram que a maioria dos utentes necessitados de assistência para a alimentação, isto é, sem autonomia para esta atividade, no momento da alta, dos quais sobressaíram os que tinham entre 89 a 182 dias de permanência (30,3%), os que possuíam 183 dias ou mais de permanência (25,2%) e os que continham menos ou igual a 54 dias de permanência (24,9%), sem que se manifestassem estes resultados em diferenças estaticamente significativas ($p=0,517$).

Tabela 77 – Relação entre a idade e o grau de autonomia na alta para a alimentação

Idade	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
≤ 54 dias	3	12,0	79	24,9	82	24,0	-1,5	1,5	2,274	0,517
55 – 88 dias	5	20,0	62	19,6	67	19,6	0,1	-0,1		
89 – 182 dias	9	36,0	96	30,3	105	30,7	0,6	-0,6		
≥ 183 dias	8	32,0	80	25,2	88	25,7	0,7	-0,7		
Total	25	100	317	100	342	100				

A análise dos dados alcançados indicia que quer os utentes sem acompanhamento (60,1%), quer nos que tinham com acompanhamento (39,9%) predominaram os que tinham falta de autonomia para tomar banho na admissão, sem que houvesse diferenças estaticamente significativas ($p=0,205$) (tabela 78).

Tabela 78 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para tomar banho

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	2	100,0	205	60,1	207	60,3	1,1	-1,1	1,322	0,250
Com companheiro	-	0,0	136	39,9	136	39,7	-1,1	1,1		
Total	2	100	341	100	343	100				

Através dos resultados apurados na tabela 79, pode dizer-se que quer os utentes sem companheiro (60,2%), quer os que tinham companheiro (39,8%)

apresentaram maior falta de autonomia para se vestir, no momento de admissão à Unidade. Contudo, sem que se verificassem diferenças estaticamente significativas ($p=0,547$).

Tabela 79 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se vestir

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	3	75,0	204	60,2	207	60,3	0,6	-0,6	0,363	0,547
Com companheiro	1	25,0	135	39,8	136	39,7	-0,6	0,6		
Total	4	100	339	100	343	100				

Aferiu-se que tanto os utentes sem companheiro (59,4%), tanto os que tinham companheiro (40,6%) patentearam, maioritariamente, falta de autonomia para realizar a sua higiene, no momento da admissão (330 dos 343 casos). Todavia, estes resultados não resultaram em diferenças estaticamente significativas ($p=0,068$) (tabela 80).

Tabela 80 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão em relação à higiene

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	11	84,6	196	59,4	207	60,3	1,8	-1,8	3,325	0,068
Com companheiro	2	15,4	134	40,6	136	39,7	-1,8	1,8		
Total	13	100	330	100	343	100				

Com base nos dados alcançados na tabela 81, pode referir-se que tanto os utentes sem companheiro (59,6%), tanto os que tinham companheiro (40,4%) mostraram, na sua maioria (324 casos), falta de autonomia para se deslocar, no momento da admissão à Unidade. Todavia, não se averiguou a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,222$).

Tabela 81 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se deslocar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	14	73,7	193	59,6	207	60,3	1,2	-1,2	1,495	0,222
Com companheiro	5	26,3	131	40,4	136	39,7	-1,2	1,2		
Total	19	100	324	100	343	100				

Apurou-se que 303 indivíduos eram incontinentes sendo 58,7% dos utentes sem companheiro e 41,3% dos com companheiro, no momento de admissão. Todavia,

estes resultados não levaram à existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,095$) (tabela 82).

Tabela 82 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para a continência

Estado civil	Continente		Incontinente		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	29	72,5	178	58,7	207	60,3	1,7	-1,7	2,794	0,095
Com companheiro	11	27,5	125	41,3	136	39,7	-1,7	1,7		
Total	40	100	303	100	343	100				

Com base nos dados alcançados na tabela 83, aferiu-se que em ambos os grupos estabelecidos para o estado civil, predominaram os utentes sem autonomia para se alimentar no momento de admissão, pois, 58,8% dos utentes sem companheiro patentearam necessidade de assistência e 41,2% dos utentes com companheiro também se encontravam numa situação análoga, registando-se diferenças estaticamente significativas ($p=0,020$).

Tabela 83 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na admissão para se alimentar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	17	85,0	190	58,8	207	60,3	2,3	-2,3	5,393	0,020
Com companheiro	3	15,0	133	41,2	136	39,7	-2,3	2,3		
Total	20	100	323	100	343	100				

Os dados apurados pela tabela 84 revelaram que, nos utentes com companheiro e sem companheiro, predominam os utentes sem autonomia para tomar banho, no momento da alta (339 dos 342 casos). Assim, verificou-se que 59,9% dos utentes sem companheiro tinham necessidade de assistência para esta atividade, estando na mesma situação 40,1% dos utentes com companheiro. Refere-se que não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,157$).

Tabela 84 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para tomar banho

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	3	100,0	203	59,9	206	60,2	1,4	-1,4	1,998	0,157
Com companheiro	-	0,0	136	40,1	136	39,8	-1,4	1,4		
Total	3	100	339	100	342	100				

Uma vez mais verificou-se que, em ambos os grupos estabelecidos para o estado civil, havia 336 utentes não tinham autonomia para se vestir, na alta, cujos

valores percentuais demonstram que 60,4% dos utentes sem companheiro revelaram necessidade de assistência e 39,6% dos utentes com companheiro. Não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,605$) (tabela 85).

Tabela 85 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se vestir

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	3	50,0	203	60,4	206	60,2	-0,5	0,5	0,267	0,605
Com companheiro	3	50,0	133	39,6	136	39,8	0,5	-0,5		
Total	6	100	336	100	342	100				

A análise dos dados demonstra que, em ambos os grupos instituídos para o estado civil, sobressaíram os utentes sem autonomia para realizar a sua higiene (324), na alta, atendendo a que 60,2% dos utentes sem companheiro tinham necessidade de assistência, bem como 39,8% dos utentes com companheiro. Não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,605$) (tabela 86).

Tabela 86 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a higiene

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	12	66,7	194	59,9	206	60,2	0,6	-0,6	0,328	0,567
Com companheiro	6	33,3	130	40,1	136	39,8	-0,6	0,6		
Total	18	100,0	324	100	342	100				

A tabela 87 indica-nos que daqueles utentes sem autonomia para se deslocar aquando da alta, 59,8% residem sem companheiro e 40,2% com companheiro. 316 dos 342 indivíduos do estudo necessitam de assistência. Não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,577$).

Tabela 87 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se deslocar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	17	65,4	189	59,8	206	60,2	0,6	-0,6	0,312	0,577
Com companheiro	9	34,6	127	40,2	136	39,8	-0,6	0,6		
Total	26	100	316	100	342	100				

Em ambos os grupos constituídos relativamente ao estado civil, houve o predomínio de utentes com incontinência (302 casos) na alta, Desses, 57,9% dos utentes sem companheiro tinham incontinência, de igual modo 42,1% dos utentes com

companheiro também tinham incontinência. Refere-se a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,018$) (tabela 88).

Tabela 88 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para a continência

Estado civil	Continente		Incontinente		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	31	77,5	175	57,9	206	60,2	2,4	-2,4	5,638	0,018
Com companheiro	9	22,5	127	42,1	136	39,8	-2,4	2,4		
Total	40	100	302	100	342	100				

A análise dos resultados da tabela 89 demonstra que, em ambos os grupos estabelecidos para o estado civil, sobressaem os utentes sem autonomia para se alimentar, na alta. Assim, poder-se-á dizer que daqueles que necessitam de assistência (317 utentes), 59% são utentes não tem companheiro e 41% dos utentes têm companheiro. Não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,094$).

Tabela 89 – Relação entre o estado civil e o grau de autonomia na alta para se alimentar

Estado civil	Sem assistência		Com assistência		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sem companheiro	19	76,0	187	59,0	206	60,2	1,7	-1,7	2,799	0,094
Com companheiro	6	24,0	130	41,0	136	39,8	-1,7	1,7		
Total	25	100	317	100	342	100				

Quanto aos resultados relativos ao total da escala de Katz, aquando da admissão dos utentes na Unidade, verificou-se que a média mais elevada (5,71) foi para este momento, atendendo a que no momento da alta a média obtida foi 5,66, ambos os casos correspondem à incapacidade severa.

A diferença de valores médios resultou em diferenças estatísticas altamente significativas para ambas as situações ($p=0,000$) (tabela 90).

Tabela 90 – Avaliação total da escala de Katz na admissão e alta

	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Admissão	0	6	5,71	0,81755	0,143	-29,03	64,68	0,000
Alta	0	6	5,66	0,955	0,168	-25,71	46,03	0,000

A análise dos dados alcançados na tabela 91 demonstrou valores médios muito próximos para os utentes do género masculino (5,70) e para os do género feminino (5,71), relativamente ao total da escala, aquando da admissão. Refere-se que não há diferenças estaticamente significativas ($p=0,891$).

Tabela 91 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de Katz na admissão e o género

Género	Média Dp		Leven,s	t	p
	Média	Dp	P		
Masculino	5,70	0,70504	0,853	-0,137	0,891
Feminino	5,71	0,87626			

Os dados alcançados tabela 92 evidenciam que os valores médios encontrados, para ambos os sexos, foram muito próximos quer para os utentes do género masculino (5,63), quer para os do género feminino (5,68), no que se refere ao total da escala, na alta, sem que houvesse diferenças estaticamente significativas ($p=0,648$).

Tabela 92 – Teste t para a diferença entre as médias no total da escala de Katz na alta e género

Género	Média Dp		Leven,s	t	p
	Média	Dp	P		
Masculino	5,63	0,919	0,642	-0,457	0,648
Feminino	5,68	0,977			

Pode afirmar-se, com base nos resultados apurados na tabela 93, que a maioria dos utentes (323 dos 343), na admissão, tinha incapacidade severa. Assim, obteve-se, para o sexo masculino o valor percentual de 36,7% e para o sexo feminino 63,3%, destacando-se este grupo de utentes. Não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,309$).

Tabela 93 – Total da escala de Katz na admissão em relação com o género

Género	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
	Masculino	-	0,0	4	50,0	122	36,7	126	36,7	-1,3	0,8		
Feminino	3	100,0	4	50,0	210	63,3	217	63,3	1,3	-0,8	0,0		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

Com base na análise dos resultados, pode afirmar-se que a maioria dos utentes de ambos os sexos, na alta, tinha incapacidade severa (332 utentes). Destes obteve-se o valor percentual de 36,7% para o sexo masculino e 63,3% para o sexo feminino, destacando-se as mulheres com incapacidade severa. No entanto, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,309$) (tabela 94).

Tabela 94 – Total da escala de Katz na alta em relação com o género

Género	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Masculino	-	0,0	4	50,0	122	36,7	126	36,7	-1,3	0,8	0,0	2,348	0,309
Feminino	3	100,0	4	50,0	210	63,3	217	63,3	1,3	-0,8	0,0		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

A maioria dos utentes, no momento da admissão, em todas as faixas etárias estabelecidas, tinha incapacidade severa (332), com predominância dos utentes na faixa etária dos 75-84 anos (47,9%) e dos que possuíam idade igual ou superior a 85 anos (30,7%), tendo resultado em diferenças estatísticas altamente significativas (p=0,000) (tabela 95).

Tabela 95 – Total da escala de Katz na admissão em relação à idade

Idade	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
≤ 64 anos	-	0,0	6	75,0	30	9,0	36	10,5	-0,6	0,6	-4,8	38,418	0,000
65 – 74 anos	1	33,3	1	12,5	41	12,3	43	12,5	1,1	0,0	-0,6		
75 – 84 anos	1	33,3	1	12,5	159	47,9	161	46,9	-0,5	-0,2	1,9		
≥85 anos	1	33,3	-	0,0	102	30,7	103	30,0	0,1	-1,9	1,5		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

Pode afirmar-se, com base nos dados apurados na tabela 96, que a maioria dos utentes, na alta, em todas as faixas etárias, revelou incapacidade severa (326 indivíduos), com o predomínio, em termos de valores percentuais, dos utentes com idade compreendida entre os 75 anos e os 84 anos (48,5%) e dos que tinham idade igual ou superior a 85 anos (31%). Cinco casos no momento da alta tinham ausência de incapacidade ou a incapacidade era leve e 11 casos possuíam incapacidade moderada.

Desta análise de dados resultam diferenças estatísticas altamente significativas (p=0,000).

Tabela 96 – Total da escala de Katz na alta em relação à idade

Género	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
≤ 64 anos	1	20,0	7	63,6	28	8,6	36	10,5	0,7	5,8	-5,3	40,418	0,000
65 – 74 anos	1	20,0	3	27,3	39	12,0	43	12,6	0,5	1,5	-1,5		
75 – 84 anos	2	40,0	1	9,1	158	48,5	161	47,1	-0,3	-2,6	2,3		
≥ 85 anos	1	20,0	-	0,0	101	31,0	102	29,8	-0,5	-2,2	2,1		
Total	5	100	11	100	326	100	342	100					

A análise dos dados obtidos revela que a maioria dos utentes (332), em relação ao tempo de permanência na Unidade, em todos os intervalos de dias de permanência constituídos, tinha incapacidade severa, predominando os utentes com 89 a 182 dias de permanência (30,7%), os que possuíam tempo de permanência igual ou superior a 183 dias (25,6%), bem como os que permaneceram num tempo superior ou igual a 54 dias na Unidade (24,4%), 8 casos tinham incapacidade moderada e 3 casos incapacidade leve no momento da admissão. Contudo não houve registo de diferenças estaticamente significativas (p=0,448) (tabela 97).

Tabela 97 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao tempo de permanência

Tempo de permanência	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
≤ 54 dias	-	0,0	1	12,5	81	24,4	82	23,9	-1,0	-0,8	1,2	5,779	0,448
55 -88 dias	2	66,7	2	25,0	64	19,3	68	19,3	2,0	0,4	-1,4		
89 – 182 dias	-	0,0	3	37,5	102	30,7	105	30,7	-1,2	0,4	0,2		
≥ 183 dias	1	33,3	2	25,0	85	25,6	88	25,6	0,3	0,0	-0,1		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

Com base na análise dos dados colhidos, quanto ao tempo de permanência na Unidade e o total do índice de Katz, pode dizer-se que, em todos os intervalos de dias de permanência instituídos, mostrou incapacidade severa na alta (326 dos 342), predominando os utentes com 89 a 182 dias de permanência (31%), os que tinham tempo de permanência igual ou superior a 183 dias (25,5%), bem como os que permaneceram num tempo superior ou igual a 54 dias na Unidade (24,5%). Onze utentes possuíam incapacidade moderada e 5 incapacidade leve).

Contudo, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,744) (tabela 98).

Tabela 98 – Total da escala de Katz na alta em relação ao tempo de permanência

Tempo de permanência	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
≤ 54 dias	-	0,0	2	18,2	80	24,5	82	24,0	-1,3	-0,5	1,1	3,497	0,744
55 -88 dias	2	40,0	3	27,3	62	19,0	67	19,6	1,2	0,7	-1,2		
89 – 182 dias	1	20,0	3	27,3	101	31,0	105	30,7	-0,5	-0,3	0,5		
≥ 183 dias	2	40,0	3	27,3	83	25,5	88	25,7	0,7	0,1	-0,5		
Total	5	100	11	100	326	100	342	100					

Os resultados apurados levam a referir que, em relação ao total do Índice de Katz *versus* estado civil, aquando da admissão dos utentes na Unidade, verificou-se que dos 332 indivíduos com incapacidade severa, 59,6% não têm companheiro e 40,4% têm companheiro. Porém, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,275) (tabela 99).

Tabela 99 – Total da escala de Katz na admissão em relação ao estado civil

Estado civil	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Sem companheiro	2	66,7	7	87,5	198	59,6	207	60,3	0,2	1,6	-1,5	2,585	0,275
Com companheiro	1	33,3	1	12,5	134	40,4	136	39,7	-0,2	-1,6	1,5		
Total	3	100	8	100	332	100	343	100					

No que se refere ao total do Índice de Katz *versus* estado civil, aquando do momento da alta, como indica a tabela 100, observa-se que houve uma predominância de utentes a revelar incapacidade severa (326 casos), 59,5% para os que não têm companheiro e 40,5% para os que têm companheiro. Porém, não se verificou a existência de diferenças estaticamente significativas (p=0,073).

Tabela 100 – Total da escala de Katz na alta em relação ao estado civil

Estado civil	Ausência de incapacidade a incapacidade leve		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		Residuais			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Sem companheiro	2	40,0	10	90,9	194	59,5	206	60,2	-0,9	2,1	-1,2	5,247	0,073
Com companheiro	3	60,0	1	9,1	132	40,5	136	39,8	0,9	-2,1	1,2		
Total	5	100	11	100	326	100	342	100					

Os resultados da tabela 101 demonstram que a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta *versus* ser-se institucionalizado para descanso do cuidador que os valores médios obtidos, para as duas situações, foram os seguintes: admissão 5,64; alta 5,62 (correspondentes à incapacidade severa), sem que houvesse diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 101 – Teste t para a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador

Descanso do Cuidador	Não		Sim		Leven,s p	T	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	5,77	0,73587	5,64	0,90695	0,017	1,488	0,138
Alta	5,68	0,978	5,62	0,926	0,617	0,573	0,567

Quanto à cotação do Índice de Katz, aquando da admissão e da alta, *versus* a proveniência, poder-se-á afirmar segundo os dados da tabela 102 que os valores médios são mais elevados nos utentes, em ambas as situações, no grupo 3 de transferência (admissão 199,50; alta 199,00), sem que se registasse diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 102 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da proveniência

Cotação Total da Escala de Katz	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	X ²	P
	Domicilio	Hospital	Transferência		
Admissão	166,87	182,81	199,50	5,842	4,415
Alta	167,18	180,19	199,00	0,054	0,110

A cotação do Índice de Katz, aquando da admissão e da alta em função da existência de uma situação de fragilidade, mostra que os valores médios são mais altos nos utentes, em ambas as situações, no grupo que patenteou fragilidade (admissão 172,90; alta 172,47), sem qualquer diferença estaticamente significativa ($p > 0,05$) (tabela 103).

Tabela 103 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade

Situação de Fragilidade	Não		Sim		UMW	P
	Total do índice de Katz		Ordenação Média			
Admissão	157,48		172,90		2939,500	0,290
Alta	155,93		172,47		2908,500	0,256

Quanto à cotação do Índice de Katz, no momento da admissão e no momento da alta em função da existência da incontinência vesical, refere-se que os valores médios são mais altos nos utentes, na admissão e alta, no grupo que tinha incontinência vesical (admissão 183,19; alta 183,98), com a existência de diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$, respetivamente) (tabela 104).

Tabela 104 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência vesical

Incontinência Vesical	Não	Sim	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	126,75	183,19	6273,000	0,000
Alta	120,28	183,98	5781,000	0,000

No que se refere à cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência da incontinência fecal aponta para valores médios mais altos nos utentes, nas situações de admissão e alta da UCCI, no grupo que tinha incontinência fecal (admissão 186,68; alta 186,20), resultando em diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) (tabela 105).

Tabela 105 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da incontinência fecal

Incontinência Fecal	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	133,68	186,68	8139,500	0,000
Alta	132,73	186,20	8011,500	0,000

Pela análise da tabela 106, verifica-se que a cotação do Índice de Katz na admissão e na alta *versus* existência da dor na admissão indica que os valores médios são mais altos nos utentes, em ambas as situações, no grupo que tinha dor moderada (admissão 183,45; alta 183,40), sem registo de diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 106 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na admissão

Dor na admissão	Sem dor	Dor moderada	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	171,66	183,45	1550,500	0,561
Alta	171,14	183,40	1541,000	0,546

No que concerne à cotação do Índice de Katz na admissão e na alta em função da existência da dor na alta, apurou-se que os valores médios são mais altos nos utentes, em ambas as situações, no grupo sem dor (admissão 171,79; alta 171,30). Todavia, não há diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$) (tabela 107).

Tabela 107 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Katz na admissão e na alta em função da dor na alta

Dor na alta	Sem dor	Dor moderada	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	171,79	138,33	409,000	0,361
Alta	171,30	136,83	404,500	0,346

Quanto à cotação do Índice de Katz na admissão *versus* diagnóstico principal, apurou-se que os valores médios são mais elevados nos utentes do grupo com transtornos mentais (181,52) e nos que tinham doenças do sistema osteomuscular (181,23), resultando em diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,001$) (tabela 108).

Tabela 108 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Katz na admissão em função do diagnóstico principal

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X ²	P
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	129,14	181,52	171,53	180,62	181,23	158,33	20,125	0,001

Em relação à cotação do Índice de Katz na admissão *versus* diagnóstico secundário, verificou-se na tabela 109 que os valores médios são mais altos nos utentes do grupo de doenças do sistema nervoso (144,94) e nos que tinham doenças do sistema osteomuscular (134,35), resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,034$).

Tabela 109 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Katz na admissão em função do diagnóstico secundário

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X ²	p
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	128,32	98,52	144,94	134,16	134,35	132,50	12,063	0,034

Resultados da Escala de Lawton e Brody

Seguem-se os resultados obtidos relativamente à Escala de Lawton e Brody relacionada com algumas variáveis em ambos os momentos: admissão e alta dos utentes.

Começa-se por referir que os resultados do Teste de Kruskal-wallis, para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do tempo de permanência, mostram que o grupo de utentes com valores médios mais elevados são os do grupo 3, ou seja, com 89 a 182 dias de permanência na Unidade, tendo resultado num valor médio de 186,20 para o momento da admissão e 190,60 para o momento da alta, havendo diferenças estatisticamente significativas para ambos os casos ($p=0,040$; $p=0,007$, respetivamente) (tabela 110).

Tabela 110 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do tempo de permanência

Cotação Total da Escala de Lawton e Brody	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	X ²	p
	≤ 54 dias	55-88 dias	89- 182 dias	≥ 183 dias		
Admissão	152,77	184,55	186,20	161,19	8,299	0,040
Alta	143,69	180,34	190,60	176,64	12,236	0,007

Quanto aos dados do Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do estado civil (com ou sem companheiro), verificou-se que há uma aproximação de valores médios para ambos no estado civil. No entanto, os mais elevados foram os utentes sem companheiro que obtiveram os valores médios mais altos, ou seja, na admissão 9,54 e na alta 9,66. Contudo, não há registo de diferenças estatisticamente significativas, pois $p > 0,05$ (tabela 111).

Tabela 111 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função do estado civil (com ou sem companheiro)

Estado civil	Sem companheiro		Com companheiro		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	9,54	2,17639	9,27	1,84869	0,273	1,187	0,236
Alta	9,66	2,26340	9,54	2,23397	0,747	0,467	0,640

Os dados alcançados na tabela 112, com base na aplicação do Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função do presença de doença crónica agudizada, mostram que foram os utentes com doença crónica agudizada, em ambas as situações, a revelar valores médios mais elevados,

nomeadamente 9,51 e 9,77, respetivamente. Porém, não há registo de diferenças estatisticamente significativas, pois $p > 0,05$.

Tabela 112 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da presença de doença crónica agudizada

Doença crónica agudizada	Não		Sim		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	9,40	1,88093	9,51	2,33986	0,122	-0,502	0,638
Alta	9,52	1,95945	9,77	2,69615	0,017	-0,958	0,382

Quanto aos resultados do Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador (ver tabela 113), mostram que foram os utentes, em que se verificou o descanso do cuidador, a ter as médias mais altas, ou seja, 9,58 para a admissão e 9,62 para a alta, sem qualquer registo de diferenças estaticamente significativas, dado que $p > 0,05$.

Tabela 113 – Teste t para a cotação do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função de ser institucionalizado para descanso do cuidador

Descanso do Cuidador	Não		Sim		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	9,33	2,16600	9,58	1,89630	0,567	-1,127	0,253
Alta	9,60	2,46441	9,62	1,94338	0,101	-0,073	0,940

Os dados da tabela 114 referentes ao Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função da proveniência, revelam que as médias mais elevadas foram obtidas para o grupo de utentes que provinham do domicílio, em ambas situações, ou seja, 183,00 para a admissão e 182,71 para a alta, registando-se diferenças estaticamente significativas ($p=0,002$; $p=0,003$, respetivamente).

Tabela 114 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da proveniência

Total do índice de Lawton e Brody	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	X ²	P
	Domicilio	Hospital	Transferência		
Admissão	183,00	146,52	120,06	12,805	0,002
Alta	182,71	147,21	120,75	11,966	0,003

Quanto aos resultados do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função da existência de uma situação de fragilidade, verificou-se que as médias mais elevadas foram para os utentes que não estavam em situação de fragilidade, em ambos os momentos, tendo-

se obtido a média de 185,95 para a admissão e 178,75 para a alta, sem resultar em diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$) (tabela 115).

Tabela 115 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da existência de uma situação de fragilidade

Situação de Fragilidade Total do índice de Lawton e Brody	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	185,95	170,60	2931,000	0,476
Alta	178,75	171,05	3075,000	0,723

Os dados resultantes da aplicação do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função da incontinência vesical, revelam na tabela 116 que os doentes sem incontinência foram os que obtiveram os valores médios mais elevados, isto é, 226,45 para o momento da admissão e 218,52 para o momento da alta, resultando em diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$; $p=0,000$, respetivamente).

Tabela 116 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência vesical

Incontinência vesical Total do índice de Lawton e Brody	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	226,45	158,36	5481,000	0,000
Alta	218,52	160,26	6004,500	0,000

Os dados consequentes da aplicação do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função da incontinência fecal, revelam que os doentes sem incontinência foram os que obtiveram os valores médios mais elevados, isto é, 246,48 para o momento da admissão e 244,22 para o momento da alta, resultando em diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$; $p=0,000$, respetivamente) (tabela117).

Tabela 117 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da incontinência fecal

Incontinência fecal Total do índice de Lawton e Brody	Não	Sim	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	246,48	143,50	4605,500	0,000
Alta	244,62	144,19	4778,500	0,000

Quanto aos dados da tabela 118 resultantes da aplicação do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função da presença de dor na admissão, revelam que os doentes sem dor foram os que obtiveram os valores médios mais elevados, isto é, 172,75 para o momento da admissão e 172,12 para o momento da alta, não resultando em diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 118 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na admissão

Dor na admissão	Sem dor	Dor moderada	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	172,75	130,15	1246,500	0,155
Alta	172,12	150,80	1453,000	0,481

Em relação aos dados da tabela 119 resultantes da aplicação do Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, em função da presença de dor no momento da saída dos utentes das UCCI, revelam que os doentes com dor moderada os que obtiveram os valores médios mais elevados, isto é, 218,33 para o momento da admissão e os que não tiveram dor na alta 171,10, não resultando em diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 119 - Teste de Mann-whitney para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta em função da dor na alta

Dor na alta	Sem dor	Dor moderada	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total do índice de Katz				
Admissão	170,58	218,33	365,000	0,376
Alta	171,10	159,67	473,000	0,834

Os dados resultantes da aplicação do Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão, em função do diagnóstico principal, revelam que os doentes com doenças do sistema osteomuscular (209,80) e os que tinham doenças endócrinas (201,07) foram os que obtiveram os valores médios mais elevados, resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,008$) (tabela 120).

Tabela 120 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico principal

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X ²	p
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	201,07	150,55	170,18	158,28	209,80	183,13	15,582	0,008

Os dados descritos na tabela 121 consequentes da aplicação do Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão, em função do diagnóstico secundário, patenteiam que os doentes com transtornos mentais (160,33), os que tinham doenças do sistema osteomuscular (138,23) e os que tinham doenças endócrinas (138,01) foram os que obtiveram os valores médios mais elevados, não resultando em diferenças estaticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 121 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão em função do diagnóstico secundário

Cotação Total do Índice de Katz	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X ²	p
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	138,01	160,33	89,16	129,64	138,23	123,13	10,682	0,058

Resultados da Escala de Morse - versus variáveis relacionadas como risco de queda

História de quedas

Verifica-se na tabela 122 que 38,9% dos utentes que ingressaram na UCCI de Vouzela referiu histórias de quedas anterior, ou seja, estes utentes experimentaram pelo menos uma vez o fenómeno da queda. No que respeita ao género dos utentes, verifica-se que a percentagem aumenta para 43,1% nos homens e decresce para 36,5% nas mulheres. Podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a história de quedas anterior ao internamento e o sexo dos utentes ($p=0,260$).

Tabela 122 - História de quedas na admissão em função do género

História de Quedas	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	62	56,9	120	63,5	182	61,1	-1,1	1,1	1,271	0,260
Sim	47	43,1	69	36,5	116	38,9	1,1	-1,1		
Total	109	100	189	100	298	100				

A presença de diagnóstico secundário da história clínica do utente constitui o segundo item de avaliação da escala de Morse que avalia o risco de queda no utente. 86,9% dos utentes apresentaram mais que um diagnóstico quando ingressaram na UCCI de Vouzela. Verifica-se no sexo masculino uma percentagem de 86,2% e no sexo feminino 87,3%.

Como valor de $p=0,793$ conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a existência de pelo menos um diagnóstico secundário quando relacionado com o género (tabela 123).

Tabela 123 - Diagnóstico Secundário na admissão em função do género

História de Quedas	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	15	13,8	24	12,7	39	13,1	0,3	-0,3	0,069	0,793
Sim	94	86,2	165	87,3	259	86,9	-0,3	0,3		
Total	109	100	189	100	298	100				

Na tabela 124 podemos observar os dados referentes à ajuda que o doente carece durante a sua mobilização. A mobilização é o terceiro item avaliado na escala de Morse. 53,7% dos utentes ou não necessita de auxílio ou encontra-se acamado. 27,2% utilizam bengala, canadianas ou andarilho e 19,1% necessita do recurso a aparelhos ou outros equipamentos.

No género masculino 55% são acamados ou mobilizam-se sem auxílio, 32,1% recorrem ao uso da bengala/ canadiana/ andarilho e 12,8% necessitam de utilização de aparelhos. Nas mulheres encontramos 53,7% casos de pessoas independentes na mobilização ou acamadas, 24,3% utilizam bengala, canadianas ou andarilho e 22,8% necessita do recurso a aparelhos ou outros equipamentos. Não são verificáveis diferenças estatisticamente significativas entre a mobilização e o género ($p=0,076$).

Tabela 124 - Ajuda na mobilização na admissão em função do género

Ajuda na mobilização	Masculino		Feminino		Total		Residuais		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Nenhuma / acamado	60	55,0	100	53,7	160	53,7	0,4	-0,4	5,142	0,076
Bengala / canadiana / andarilho	35	32,1	46	24,3	81	27,2	1,5	-1,5		
Aparelho/ Equipamento	14	12,8	43	22,8	57	19,1	-2,1	2,1		
Total	109	100	189	100	298	100				

Constata-se que 4% dos indivíduos internados na UCCI de Vouzela entraram com prescrição de terapêutica administrada via endovenosa ou subcutânea. A administração de terapêutica por esta via constitui um item de avaliação da escala de quedas de Morse.

Verifica-se uma proximidade de percentagens entre a prescrição de terapêutica administrada via endovenosa ou subcutânea no género feminino e no género masculino sendo que no sexo feminino temos valores ligeiramente mais baixos (3,2%), quando comparado como o sexo masculino (5,5%).

Salienta-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a prescrição de terapêutica administrada via endovenosa ou subcutânea e o género pois $p=0,324$ (tabela125).

Tabela 125 - Prescrição de terapêutica EV/ SC na admissão em função do género

Terapia EV/SC	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Não	103	94,5	183	96,8	286	96,0	-1,0	1,0	0,971	0,324
Sim	6	5,5	6	3,2	12	4,0	1,0	-1,0		
Total	109	100	189	100	298	100				

As características da marcha do indivíduo constituem o quinto item da escala que avalia o risco de queda. Pela análise da tabela 126 conclui-se que os indivíduos sem alterações da marcha, que se deslocam em cadeira de rodas ou acamados constituem 60,1% dos indivíduos, 13,4% apresentam marcha lentificada e 26,5% têm défice na marcha.

No género masculino 61,5% têm marcha de características normais, deslocam-se em cadeira de rodas ou são acamados, 14,7% apresentam marcha lenta e 23,9% têm défice na marcha. No género feminino 59,3% têm marcha de características normais, deslocam-se em cadeira de rodas ou são acamados, 12,7% apresentam marcha lenta e 28% têm défice na marcha. Como, $p=0,699$ conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas duas componentes.

Tabela 126 - Marcha na admissão em função do género

Marcha	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Normal / cadeira de rodas / acamado	67	61,5	112	59,3	179	60,1	0,4	-0,4	0,716	0,699
Lenta	16	14,7	24	12,7	40	13,4	0,5	-0,5		
Défice de Marcha	26	23,9	53	28,0	79	26,5	-0,8	0,8		
Total	109	100	189	100	298	100				

O último item da escala de morse diz respeito ao estado mental dos utentes. De acordo com a tabela 127, 33,2% dos utentes são indivíduos conscientes das suas

limitações e orientados no tempo e no espaço, ao que 66,8% não se encontram com essas capacidades.

Nas mulheres verificou-se que apenas 32,3% estão orientadas no momento da admissão e nos homens essa percentagem sobe ligeiramente para 24,9%.

Confirma-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estado mental e o género ($p=0,648$).

Tabela 127 - Estado mental na admissão em função do género

Estado Mental	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	N	%	N	%	N	%	1	2		
Orientado	38	34,9	61	32,3	99	33,2	0,5	-0,5	0,209	0,648
Desorientado	71	65,1	128	67,7	199	66,8	-0,5	0,5		
Total	109	100	189	100	298	100				

Tanto no momento da admissão como no momento da alta dos indivíduos da UCCI de Vouzela verificou-se um mínimo de 0 pontos e um máximo de 105 pontos.

A média na admissão ronda os 50,02 com um desvio padrão de 24,373. Na alta verifica-se uma média de 50,74 com um desvio padrão de 23,998.

Com a análise da tabela 128, verifica-se que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre a cotação da primeira avaliação escala de Morse no internamento e a última avaliação ($p= 0,000$).

Tabela 128 - Estatísticas relativas à cotação total da escala de morse na admissão e alta

cotação total da escala de morse	Min	Max	Media	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Admissão	0	105	50,02	24,373	48,726	1,397	-3,128	0,000
Alta	0	105	50,74	23,998	47,296	1,546	-272,241	0,000

Foi realizado o test t no que respeita à cotação da escala de Morse na admissão e alta dos indivíduos institucionalizados na UCCI de Vouzela podendo ser consultados os dados na tabela 129.

Na admissão verifica-se uma média de 49,40 e desvio padrão de 25,154 para o sexo masculino e média de 50,37 com desvio padrão 23,971 para o sexo feminino, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os sexos na admissão ($p=0,745$). Na alta verifica-se uma média de 49,63 e desvio padrão de 24,092 para o sexo masculino e média de 51,38 com desvio padrão 23,984 para o sexo feminino, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os sexos na admissão ($p=0,548$).

Tabela 129 – Teste t para a cotação da escala de morse na admissão e alta em função do género

Género	Masculino		Feminino		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	49,40	25,154	50,37	23,971	0,390	-0,329	0,745
Alta	49,63	24,092	51,38	23,984	0,954	-0,603	0,548

De forma a compreender se a idade influencia a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta dos utentes, realizou-se um Teste de Kruskall-Wallis (Tabela 130). Assim, constatou-se que os indivíduos possuem médias da cotação da escala de Morse mais elevadas se situam nos indivíduos cuja idade é inferior a 64 anos.

Verificou-se, que não existiram diferenças estatisticamente significativas para as dimensões cotação total da escala de Morse na admissão e alta com a idade ($p=0,130$ e $p=0,148$).

Tabela 130 - Teste de Kruskall-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função da idade

Cotação Total da Escala de Morse	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	Grupo 4	χ^2	p
	≤64anos	65-74 anos	75-84anos	≥85anos		
Admissão	174,90	126,10	151,62	147,10	5,501	0,130
Alta	162,67	121,93	155,83	146,26	5,352	0,148

Com a aplicação do Teste de U Mann Whitney para conhecer a relação entre a cotação da escala de morse na admissão e alta em função do estado civil, verifica-se que quando o individuo não possui companheiro, ou seja, é solteiro, viúvo ou separado, apresenta valores médios superiores à média quando os indivíduos têm companheiro, ou seja, são casados ou vivem em união de facto.

Pela análise da tabela 131 pode dizer-se que no momento da admissão se verificam diferenças estatisticamente significativas entre a cotação final da escala de morse e o estado civil ($p=0,031$) ao passo que na alta não se verificam essas diferenças ($p=0,114$).

Tabela 131 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função do estado civil (sem/ com companheiro)

Estado civil	Sem companheiro	Com companheiro	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	158,11	136,18	9030,500	0,031
Alta	155,79	139,76	9449,500	0,114

Com a aplicação do teste Anova verificamos que o valor médio da cotação final da escala de Morse tem tendência a aumentar com o número de dias do internamento, exceto quando estes são superiores aos 183 dias, fenómeno que se aplica tanto na admissão como na alta. Verifica-se que existe um ligeiro aumento da média tanto na admissão como na alta em cada categoria.

Verifica-se que entre estas variáveis (tempo de permanência em dias e a cotação da escala de Morse na admissão e alta) não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,110$ e $p=0,094$) (Tabela 132).

Tabela 132 – ANOVA para o total da Escala de Morse na admissão e na alta em função do tempo de permanência

Total de escala de Morse	≤ 54 dias		55-88 dias		89 – 182 dias		≥ 183 dias		Total		F	p	% VE
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp			
Admissão	45,29	24,31	50,15	24,305	54,52	24,295	48,57	24,064	50,02	24,373	2,025	0,110	2,024
Alta	46,01	24,262	51,52	23,221	55,16	23,283	48,79	24,795	50,74	23,998	2,146	0,094	2,143

Foi realizado um teste de Kruskal-Wallis para a cotação da escala de Morse na admissão e alta em função da proveniência (domicílio, hospital e transferência). Verifica-se uma aproximação de valores em cada categoria respeitante à proveniência. No momento da admissão e alta do utente, sendo que os valores médios decrescem em função se vêm do domicílio, do hospital e por último por transferência de outro serviço de saúde.

Tanto na admissão como na alta, como pode ser observado na tabela 133, não são observáveis diferenças estatisticamente significativas entre a proveniência e a cotação da escala de Morse ($p=0,149$ e $p=0,153$).

Tabela 133 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função da proveniência

Cotação Total da Escala de Morse	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	X ²	p
	Domicilio	Hospital	Transferência		
Admissão	155.44	135.77	119.42	3,808	0.149
Alta	155,24	136,70	114,08	3,757	0,153

Foi realizado um test *t* para clarificar a relação existente entre a cotação da escala de morse na alta e na admissão em função da causa de solicitação de internamento: descanso do cuidador (tabela 134).

É possível observar que a média é ligeiramente superior na alta em relação à admissão (48,28 e 48,86) assim como quando os utentes entram para descanso do cuidador (51,88 e 52,74).

Entre esta causa de solicitação e a cotação final da escala de morse não existem diferenças estatisticamente significativas na admissão ($p=0,203$) e na alta ($0,163$).

Tabela 134 – Teste t para a cotação da escala de morse na admissão e alta em função do descanso do cuidador

Descanso do cuidador	Não		Sim		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Admissão	48,28	24,809	51,88	23,843	0,360	-1,274	0,203
Alta	48,86	24,552	52,74	23,309	0,217	-1,399	0,163

Dos utentes com uma média de cotação mais alta na escala de Morse não apresentam doença crónica agudizada, sendo estes valores superiores a 150, exibindo um ligeiro acréscimo na alta em relação à admissão. Para os utentes com episódio de agudização de doença crónica encontramos uma média de 139,60 na admissão e 145,80 na alta. Em ambos os casos não são verificadas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,159$ e $p=0,598$) (Tabela 135).

Tabela 135 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da presença de doença crónica agudizada

Presença de doença crónica Escala de Morse	Não	Sim	UMW	p
Admissão	154,42	139,60	8870,500	0,159
Alta	151,34	145,80	9484,000	0,598

Verifica-se pela tabela 136 que a média tanto na admissão como na alta é inferior quando não existe necessidade de continuidade de cuidados (125,98 e 129,74). Quando existe necessidade de continuidade de cuidados os valores da média são muito parecidos (152,74 na admissão e 152,22 na alta). Confirma-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a necessidade de cuidados e o total da cotação da escala de Morse na admissão ($p=0,077$) e na alta ($p=0,139$).

Tabela 136 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da necessidade de continuidade de cuidados

Necessidade de continuidade de cuidados Total da Escala de Morse	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	125,89	152,74	3966,000	0,077
Alta	129,74	152,22	4004,500	0,139

De acordo com o teste de U Mann Whitney verifica-se que a média tanto na admissão como na alta é superior quando não existe necessidade de tratamentos complexos (156,58 e 154,03) sendo entre elas um valor muito semelhante.

Quando existe necessidade de tratamentos complexos os valores da média são inferiores aos verificados na não necessidade de tratamentos complexos, sendo também os valores próximos (133,89 na admissão e 139,52 na alta).

Verifica-se pela análise da tabela 137 que existem diferenças estatisticamente significativas entre a necessidade de tratamentos complexos e o total da cotação da escala de Morse na admissão ($p=0,034$) no entanto não existem diferenças estatisticamente significativas entre a necessidade de cuidados e o total da cotação da escala de Morse na admissão ($p=0,175$).

Tabela 137 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da necessidade de tratamentos complexos

necessidade de tratamentos complexos	Não	Sim	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total da Escala de Morse				
Admissão	156,58	133,89	8080,500	0,034
Alta	154,03	139,52	8604,000	0,175

Foi realizado um Test de U Mann Whitney no intuito de verificar a relação entre a cotação da escala de morse na admissão e alta com a presença de incontinência vesical. Verifica-se que existe controlo dos esfíncteres vesicais a média é semelhante na admissão como na alta verificando-se um decréscimo na alta (147,75 e 145,60. Quando não existe controlo esfíncteriano os valores das médias são muito próximos (149,95 na admissão e 150,50 na alta), verificando-se um pequeno acréscimo. Pode-se observar, na tabela 138, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre incontinência vesical e a cotação da escala de morse na admissão ($p=0,857$) assim como na alta onde não são observadas diferenças estatisticamente significativas entre incontinência vesical e a cotação da escala de morse na alta ($p=0,690$).

Tabela 138 - Teste de U Mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da presença de incontinência vesical

Incontinência vesical	Não	Sim	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total da Escala de Morse				
Admissão	147,75	149,95	7121,500	0,857
Alta	145,60	150,50	6990,500	0,690

Foi realizado um Teste de U Mann Whitney no intuito de verificar a relação entre a cotação da escala de morse na admissão e alta com a presença de incontinência fecal.

Verifica-se que quando existe o controlo dos esfíncteres fecais a média é semelhante na admissão como na alta verificando-se um ligeiro aumento na alta (154,42 e 155,74). Quando não existe controlo esfinteriano os valores das médias são também muito próximos (147,44 na admissão e 146,88 na alta), verificando-se um pequeno decréscimo. Pode-se observar, na tabela 139, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre incontinência fecal e a cotação da escala de morse na admissão ($p=0,520$) assim como na alta onde não são observadas diferenças estatisticamente significativas entre incontinência vesical e a cotação da escala de morse na alta ($p=0,415$).

Tabela 139 - Teste de U mann Whitney da cotação final da escala de morse em função da presença de incontinência fecal

Incontinência fecal Total da Escala de Morse	Não	Sim	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Admissão	154,42	147,44	8807,000	0,520
Alta	155,74	146,88	8690,500	0,415

Quando aplicado o teste de Kruskal-wallis para determinar a influência entre a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função do número de medicamentos prescritos constata-se que houve um decréscimo da cotação total da escala de Morse entre a admissão e a alta as categorias nas categorias ≤ 1 medicamento (de 172,14 para 118,88) e de 2 a 4 medicamentos (de 141,29 para 138,62). Na categoria ≥ 5 medicamentos houve um aumento de 150,45 para 151,34. Tanto na admissão como na alta não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,516$ na admissão e $p=0,558$ na alta) (tabela 140).

Tabela 140 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função do número de medicamentos prescritos

Cotação Total da Escala de Morse	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	X ²	p
	≤ 1 Medicamentos	2 – 4 Medicamentos	≥ 5 Medicamentos		
Admissão	172,14	141,29	150,45	1,325	0,516
Alta	118,88	138,62	151,34	1,168	0,558

Quando aplicado o teste de Kruskal-wallis para determinar a influência entre a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função da presença de dor constata-se que os valores mais altos se verificam quando sem dor. Nos utentes sem

durante houve um decréscimo na média entre a admissão e a alta, o contrário ocorreu nos utentes que entraram com dor moderada subindo a média de 92,93 para 128.

Tanto na admissão como na alta não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,077$ na admissão e $p=0,632$ na alta) quando relacionada com a presença de dor (tabela 141).

Tabela 141 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão e na alta em função da dor

Cotação Total da Escala de Morse	Grupo 1	Grupo2	χ^2	p
	Sem dor	Dor moderada		
Admissão	150,86	92,93	3,137	0,077
Alta	149,74	128,00	0,229	0,632

No momento da admissão, 38 indivíduos foram classificados como baixo risco de queda, 118 com médio risco e 142, correspondente a 47,7% da amostra foram classificados como alto risco.

No momento da alta, 35 indivíduos foram classificados como baixo risco, 121 como médio risco e 142 como alto risco.

Dos 38 dos utentes que no momento da admissão apresentavam baixo risco de queda, 33 manteve o baixo risco, 3 aumentou de baixo para o médio risco e dois utentes alteraram a avaliação de baixo risco para alto risco no momento da alta. Dos 118 indivíduos que na admissão apresentavam médio risco de risco, dois foram classificados de médio para baixo risco, 108 manteve-se na mesma categoria de médio risco e 8 passaram de médio para alto risco (Tabela 140). Verificou-se que 142 dos indivíduos ao ingressarem na UCCI de Vouzela foram classificados como doentes de alto risco. Desses indivíduos 132 manteve-se com risco elevado de queda, 10 passou de alto risco para médio risco, não se tendo verificado nenhum caso de passagem de alto risco para baixo risco.

Conclui-se que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre o risco na admissão e na alta ($p=0,000$).

Tabela 142 – Risco de queda no momento da admissão e no momento da alta

	Risco de queda	Alta								Residuais			χ^2	p
		Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
		N	%	N	%	N	%	N	%					
Admissão	Baixo Risco	33	94,3	3	2,5	2	1,4	38	12,8	15,4	-4,4	-5,6	450,915	0,000
	Médio Risco	2	5,7	108	89,3	8	5,6	118	39,6	-4,4	14,5	-11,4		
	Alto Risco	-	0,0	10	8,3	132	93,0	142	47,7	-6,0	-11,3	14,9		
	Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

De acordo com a tabela 143, no momento da admissão dos utentes, verificou-se que dos 38 utentes que se classificaram-se como tendo baixo risco de queda, 42,1% são do sexo masculino e 57,9% do sexo feminino. Dos 118 utentes de médio risco 35,6% são homens e 64,4% são mulheres. Por fim, dos 142 utentes com alto risco, 35,9% são homens e 64,1% são mulheres.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género e o risco de queda na admissão ($p=0,750$).

Tabela 143 – Risco de queda no momento da admissão em função do género

	Admissão								Residuais			χ^2	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
Género	N	%	N	%	N	%	N	%					
Masculino	16	42,1	42	35,6	51	35,9	109	36,6	0,8	-0,3	-0,2	0,577	0,750
Feminino	22	57,9	76	64,4	91	64,1	189	63,4	-0,8	0,3	0,2		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

No momento da alta dos utentes, verificou-se que dos 35 utentes que se classificaram-se como tendo baixo risco de queda, 40% são do sexo masculino e 60% do sexo feminino (Tabela 144). Dos 121 utentes de médio risco 37,2% são homens e 62,8% são mulheres. Por fim, dos 142 utentes com alto risco, 35,2% são homens e 64,8% são mulheres.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género e o risco de queda na alta ($p=0,856$).

Tabela 144 – Risco de queda no momento da alta em função do género

	Alta								Residuais			χ^2	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
Género	N	%	N	%	N	%	N	%					
Masculino	14	40,0	45	37,2	50	35,2	109	36,6	0,4	0,2	-0,5	0,311	0,856
Feminino	21	60,0	76	62,8	92	64,8	189	63,4	-0,4	-0,2	0,5		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Os utentes admitidos na UCCI de Vouzela de acordo com a sua faixa etária foram classificados em baixo, médio e alto risco. Do total de doentes verificamos que 10,1% têm ≤ 64 anos, 12,1% têm entre 65 e 74 anos, 47,3% estão entre os 75 e os 84anos e 30,5% (tabela 145).

Quanto ao risco observamos que dos 38 doentes que apresentavam baixo risco de queda na admissão, 13,2% têm $\leq a 64$ anos, 18,4% tem entre 65 a 74 anos, 42,1% entre 75 a 84 anos e 26,3% têm idade superior a 85 anos. Dos 118 doentes

que apresentavam médio risco de queda 4,2% têm ≤ a 64 anos, 12,7% tem entre 65 a 74 anos, 50,8% entre 75 a 84 anos e 32,2% têm idade superior a 85 anos. Dos 142 doentes que apresentavam elevado risco de queda 14,1% têm ≤ a 64 anos, 9,9% tem entre 65 a 74 anos, 45,8% entre 75 a 84 anos e 30,5% têm idade superior a 85 anos.

Pela análise da tabela observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o risco de queda na admissão (p=0,150).

Tabela 145 – Risco de queda no momento da admissão em função da idade

Idade	Admissão								Residuais			X ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
≤ 64 anos	5	13,2	5	4,2	20	14,1	30	10,1	0,7	-2,7	2,2	9,437	0,150
65-74 anos	7	18,4	15	12,7	14	9,9	36	12,1	1,3	0,3	-1,1		
75-84 anos	16	42,1	60	50,8	65	45,8	141	47,3	-0,7	1,0	-0,5		
≥ 85 anos	10	26,3	38	32,2	43	30,3	91	30,5	-0,6	0,5	-0,1c		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Do número total de indivíduos apuramos que 10,1% têm ≤ 64 anos, 12,1% têm entre 65 e 74 anos, 47,3% estão entre os 75 e os 84 anos e 30,5%.

Quanto ao risco durante o período da alta observamos que dos 35 doentes que apresentavam baixo risco de queda 13,2% têm ≤ a 64 anos, 18,4% tem entre 65 a 74 anos, 42,1% entre 75 a 84 anos e 26,3% têm idade superior a 85 anos. Dos 121 doentes que apresentavam médio risco de queda 5,8% têm ≤ a 64 anos, 14,9% tem entre 65 a 74 anos, 47,9% entre 75 a 84 anos e 31,4% têm idade superior a 85anos. Dos 142 doentes que apresentavam elevado risco de queda 12% têm ≤ a 64 anos, 8,5% tem entre 65 a 74 anos, 49,3% entre 75 a 84 anos e 30,3% têm idade superior a 85 anos. Pela análise da tabela observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o risco de queda na admissão (p=0,204) (tabela 146).

Tabela 146 – Risco de queda no momento da alta em função da idade

Idade	Alta								Residuais			X ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
≤ 64 anos	6	17,1	7	5,8	17	12,0	30	10,1	1,5	-2,0	1,0	8,500	0,204
65-74 anos	6	17,1	18	14,9	12	8,5	36	12,1	1,0	1,2	-1,8		
75-84 anos	13	37,1	58	47,9	70	49,3	141	47,3	-1,3	0,2	0,7		
≥ 85 anos	10	28,6	38	31,4	43	30,3	91	30,5	-0,3	0,3	-0,1		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Segundo a tabela 147, dos utentes institucionalizados 60,7% vivem sem companheiro, ou seja, o seu estado civil é viúvo, solteiro, ou separado e 39,3% têm companheiro (são casados ou vivem em união de facto).

Dos 38 doentes classificados como tendo baixo risco de queda, 52,6% não têm companheiro e 47,4% têm companheiro. Dos 118 utentes de médio risco 53,4% não têm companheiro e 46,6% têm companheiro. Por fim, dos 142 utentes com alto risco, 69% não têm companheiro e 31% têm companheiro.

Verificam-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e o risco de queda na admissão ($p=0,020$).

Tabela 147 – Risco de queda no momento da admissão em função do estado civil (com ou sem companheiro)

	Admissão								Residuais			χ^2	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
Companheiro	N	%	N	%	N	%	N	%					
Sem	20	52,6	63	53,4	98	69,0	181	60,7	-1,1	-2,1	2,8	7,798	0,020
Com	18	47,4	55	46,6	44	31,0	117	39,3	1,1	2,1	-2,8		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Conforme a tabela 148, referente à alta, dos 35 utentes institucionalizados e classificados como tendo baixo risco de queda, 57,1% não têm companheiro e 42,9% têm companheiro. Dos 121 utentes de médio risco 54,5% não têm companheiro e 45,5% têm companheiro. Por fim, dos 142 utentes com alto risco, 66,9% não têm companheiro e 33,1% têm companheiro.

Verificam-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e o risco de queda na admissão ($p=0,111$).

Tabela 148 – Risco de queda no momento da alta em função do estado civil (com ou sem companheiro)

	Alta								Residuais			χ^2	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
Companheiro	N	%	N	%	N	%	N	%					
Sem	20	57,1	66	54,5	95	66,9	181	60,7	-0,5	-1,8	2,1	4,398	0,111
Com	15	42,9	55	45,5	47	33,1	117	39,3	0,5	1,8	-2,1		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Da tabela 149, dos indivíduos institucionalizados 54,4% não têm qualquer grau de ensino ou têm educação primária, 42,6% tem a 4.^a classe antiga ou 6.^o ano antigo, 2% têm o 5.^o ano antigo ou 9.^o ano até ao 7.^o ano agora designado por 12.^o ano, 0,7%

têm até a escolaridade secundária (pode ir de 6 meses a 2 anos) e por fim a educação terciária (mais de 2 anos/ curso doutoral) com 0,3% dos casos.

Os indivíduos com baixo risco mostram que 52,6% não têm qualquer grau de ensino ou têm educação primária, 47,4% tem a 4.^a classe antiga ou 6.^o ano antigo, não existindo qualquer outro individuo nas categorias citadas anteriormente. No que respeita ao médio risco, 59,3% não têm qualquer grau de ensino ou têm educação primária, 39% tem a 4.^a classe antigo ou 6.^o ano antigo, 1,7% têm o 5.^o ano antigo ou 9.^o ano até ao 7.^o ano agora designado por 12.^o ano, sem nenhum caso para a educação secundária e para a educação terciária. Para o alto risco 50,7% não têm qualquer grau de ensino ou têm educação primária, 44,4% tem a 4.^a classe antigo ou 6.^o ano antigo, 2,8% têm o 5.^o ano antigo ou 9.^o ano até ao 7.^o ano agora designado por 12.^o ano, 1,4% têm até a educação secundária (pode ir de 6 meses a 2 anos) e por fim a educação terciária (mais de 2 anos/ curso doutoral) com 0,7% dos casos.

Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e as habilitações académicas ($p=0,631$).

Tabela 149 – Risco de queda no momento da admissão em função das habilitações académicas

Habilitações	Admissão								Residuais			χ^2	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Sem escolaridade / Educação Primária	20	52,6	70	59,3	72	50,7	162	54,4	-0,2	1,4	-1,2	6,149	0,631
4. ^o classe (6. ^o ano)	18	47,4	46	39,0	63	44,4	127	42,6	0,6	-1,0	0,6		
5. ^o ano antigo (9. ano) – 7. ^o ano (12. ^o ano)	-	0,0	2	1,7	4	2,8	6	2,0	-0,9	-0,3	0,9		
Educação pós secundária (de 6meses a 2 anos)	-	0,0	-	0,0	2	1,4	2	0,7	-0,5	-1,1	1,5		
Educação terciária (mais de 2 anos/ curso doutoral)	-	0,0	-	0,0	1	0,7	1	0,3	-0,4	-0,8	1,0		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Os indivíduos com baixo risco mostram que 48,6% não têm qualquer grau de ensino ou têm educação primária, 51,4% tem a 4.^a classe antiga ou 6.^o ano antigo, não existindo qualquer outro individuo nas categorias citadas anteriormente.

No que respeita ao médio risco, 57% não têm qualquer grau de ensino ou têm educação primária, 41,3% tem a 4.^a classe antigo ou 6.^o ano antigo, 1,7% têm o 5.^o ano antigo ou 9.^o ano até ao 7.^o ano agora designado por 12.^o ano, sem nenhum caso para a educação secundária e para a educação terciária. Para o alto risco 53,5% não têm qualquer grau de ensino ou têm educação primária, 41,5% tem a 4.^a classe antigo ou 6.^o ano antigo, 2,8% têm o 5.^o ano antigo ou 9.^o ano até ao 7.^o ano agora designado por 12.^o ano, 1,4% têm até a educação secundária (pode ir de 6 meses a 2 anos) e por

fim a educação terciária (mais de 2 anos/ curso doutoral) com 0,7% dos casos. Verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e as habilitações académicas ($p=0,686$) (Tabela 150).

Tabela 150 – Risco de queda no momento da alta em função das habilitações académicas

Habilitações	Alta								Residuais			χ^2	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Sem escolaridade / Educação Primária	17	48,6	69	57,0	76	53,5	162	54,4	-0,7	0,8	-0,3	5,649	0,686
4.º classe (6.º ano)	18	51,4	50	41,3	59	41,5	127	42,6	1,1	-0,4	-0,4		
5.º ano antigo (9.º ano) – 7.º ano (12.º ano)	-	0,0	2	1,7	4	2,8	6	2,0	-0,9	-0,4	0,9		
Educação pós secundária (de 6 meses a 2 anos)	-	0,0	-	0,0	2	1,4	2	0,7	-0,5	-1,2	1,5		
Educação terciária (mais de 2 anos/ curso doutoral)	-	0,0	-	0,0	1	0,7	1	0,3	-0,4	-0,8	1,0		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

No que respeita ao tempo de permanência e o risco de queda, verificamos na tabela 151 que as pessoas que tiveram baixo risco de queda na admissão, 26,3% esteve internado 54 ou menos dias, 21,1% entre 55 a 88 dias, 28,9% entre 89 a 182 dias e 23,7% mais de 183 dias. Das pessoas que tiveram médio risco de queda na admissão, 30,5% esteve internado 54 ou menos dias, 22% entre 55 a 88 dias, 22,9% entre 89 a 182 dias e 24,6% mais de 183 dias. Das pessoas que tiveram alto risco de queda na admissão, 16,2% esteve internado 54 ou menos dias, 22,5% entre 55 a 88 dias, 38,7% entre 89 a 182 dias e 22,5% mais de 183 dias. Verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e o tempo de permanência ($p=0,080$).

Tabela 151 – Risco de queda no momento da admissão em função do tempo de permanência

Tempo de permanência	Admissão								Residuais			χ^2	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
≤54 dias	10	26,3	36	30,5	23	16,2	69	23,2	0,5	2,4	-2,7	11,294	0,080
55-88 dias	8	21,1	26	22,0	32	22,5	66	22,1	-0,2	0,0	0,2		
89-182 dias	11	28,9	27	22,9	55	38,7	93	31,2	-0,3	-2,5	2,7		
≥183 dias	9	23,7	29	24,6	32	22,5	70	23,5	0,0	0,4	-0,4		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Para as pessoas que tiveram baixo risco de queda na alta, 25,7% esteve internado 54 ou menos dias, 22,9% entre 55 a 88 dias, 25,7% entre 89 a 182 dias e 25,9% mais de 183 dias. Das pessoas que tiveram médio risco de queda na alta,

30,6% esteve internado 54 ou menos dias, 19,8% entre 55 a 88 dias, 23,9% entre 89 a 182 dias e 26,4% mais de 183 dias. Das pessoas que tiveram alto risco de queda na alta, 16,2% esteve internado 54 ou menos dias, 23,9% entre 55 a 88 dias, 39,4% entre 89 a 182 dias e 20,4% mais de 183 dias. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na alta e o tempo de permanência ($p=0,036$) (tabela 152).

Tabela 152 – Risco de queda no momento da alta em função do tempo de permanência

Tempo de Permanência	Alta								Residuais			χ^2	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
≤54 dias	9	25,7	37	30,6	23	16,2	69	23,2	0,4	2,5	-2,7	13,490	0,036
55-88 dias	8	22,9	24	19,8	34	23,9	66	22,1	0,1	-0,8	0,7		
89-182 dias	9	25,7	28	23,1	56	39,4	93	31,2	-0,7	-2,5	2,9		
≥183 dias	9	25,7	32	26,4	29	20,4	70	23,5	0,3	1,0	-1,2		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Quanto à proveniência relacionada como risco de queda na admissão, na tabela 153, verificamos que das pessoas que se caracterizavam como baixo risco 68,4% provinham do domicílio e 31,6% do hospital. Dos que se classificavam como médio risco 65,3% tinham origem do domicílio, 30,5% do hospital e 4,2% de transferências de outro tipo de instituições. Para o alto risco 71,5% vinham do domicílio, 26,5% do hospital e 2% resultavam de transferências. Pode-se concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de quedas na admissão e a proveniência ($p=0,074$).

Tabela 153 – Risco de queda no momento da admissão em função da proveniência

Proveniência	Admissão								Residuais			χ^2	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Domicílio	26	68,4	77	65,3	110	77,5	213	71,5	-0,4	-1,9	2,2	8,526	0,074
Hospital	12	31,6	36	30,5	31	21,8	79	26,5	0,8	1,3	-1,7		
Transferência	-	0,0	5	4,2	1	0,7	6	2,0	-0,9	2,2	-1,5		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Quanto à proveniência relacionada como risco de queda na alta verificamos que das pessoas que se caracterizavam como baixo risco 68,6% provinham do domicílio e 31,4% do hospital. Dos que se classificavam como médio risco 65,3% tinham origem do domicílio, 30,6% do hospital e 4,1% de transferências de outro tipo de instituições. Para o alto risco 71,5% vinham do domicílio, 26,5% do hospital e 2% resultavam de transferências (tabela 154). Pode-se concluir que não existem

diferenças estatisticamente significativas entre o risco de quedas na admissão e a proveniência (p=0,082).

Tabela 154 – Risco de queda no momento da alta em função da proveniência

Proveniência	Alta								Residuais			X ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Domicilio	24	68,6	79	65,3	110	71,5	213	71,5	-0,4	-2,0	2,2	8,261	0,082
Hospital	11	31,4	37	30,6	79	26,5	79	26,5	0,7	1,3	-1,7		
Transferência	0	0,0	5	4,1	6	2,0	6	2,0	-0,9	2,2	-1,5		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Segundo a tabela 155, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas, 57,9% não tem como causa de solicitação de internamento o descanso do cuidador sendo que 42,1% tem. Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 55,9% não tem como causa de solicitação de internamento o descanso do cuidador sendo que 44,1% tem. Dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas, 51,7% não tem como causa de solicitação de internamento o descanso do cuidador sendo que 48,3% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e o descanso do cuidador (p=0,225).

Tabela 155 – Risco de queda no momento da admissão em função do descanso do cuidador

Descanso do Cuidador	Admissão								Residuais			X ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	22	57,9	66	55,9	66	46,5	154	51,7	0,8	1,2	-1,7	2,980	0,225
Sim	16	42,1	52	44,1	76	53,5	144	48,3	-0,8	-1,2	1,7		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Segundo a tabela 156, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas, 60% não tem como causa de solicitação de internamento o descanso do cuidador sendo que 40% tem. Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 57% não tem como causa de solicitação de internamento o descanso do cuidador sendo que 43% tem. Dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas, 45,1% não tem como causa de solicitação de internamento o descanso do cuidador sendo que 54,1% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e o descanso do cuidador (p=0,089).

Tabela 156 – Risco de queda no momento da alta em função do descanso do cuidador

Descanso do Cuidador	Alta								Residuais			X ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	21	60,0	69	57,0	64	45,1	154	51,7	1,0	1,5	-2,2	4,839	0,089
Sim	14	40,0	52	43,0	78	54,9	144	48,3	-1,0	-1,5	2,2		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Segundo a tabela 157, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas, 60,5% não tem como causa de solicitação de internamento a presença de doença crónica agudizada sendo que 39,5% tem.

Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 66,9% não tem como causa de solicitação de internamento a presença de doença crónica agudizada sendo que 33,1% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 68,1% não tem como causa de solicitação de internamento a presença de doença crónica agudizada sendo que 31,7% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e a presença de doença crónica agudizada (p=0,663).

Tabela 157 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de doença crónica agudizada

Doença crónica agudizada	Admissão								Residuais			X ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	23	60,5	79	66,9	97	68,3	199	66,8	-0,9	0,1	0,5	0,821	0,663
Sim	15	39,5	39	33,1	45	31,7	99	33,2	0,9	-0,1	-0,5		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Segundo a tabela 158, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na alta, 60% não tem como causa de solicitação de internamento a presença de doença crónica agudizada sendo que 40% tem.

Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 69,4% não tem como causa de solicitação de internamento a presença de doença crónica agudizada sendo que 30,6% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 66,8% não tem como causa de solicitação de internamento a presença de doença crónica agudizada sendo que 33,2% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e a presença de doença crónica agudizada (p=0,569).

Tabela 158 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de doença agudizada

Doença crónica agudizada	Alta								Residuais			χ ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	21	60,0	84	69,4	94	66,2	199	66,8	-0,9	0,8	-0,2	1,128	0,569
Sim	14	40,0	37	30,6	48	33,8	99	33,2	0,9	-0,8	0,2		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Conforme a tabela 159, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na admissão, 21,1% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 78,9% tem.

Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 12,7% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 87,3% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 9,2% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 90,8% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e a necessidade de continuidade de cuidados (p=0,131).

Tabela 159 – Risco de queda no momento da admissão em função da necessidade de continuidade de cuidados

Continuidade de cuidados	Admissão								Residuais			χ ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	8	21,1	15	12,7	13	9,2	36	12,1	1,8	0,3	-1,5	4,069	0,131
Sim	30	78,9	103	87,3	129	90,8	262	87,9	-1,8	-0,3	1,5		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

De acordo com a tabela 160, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na alta, 22,9% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 77,1% tem.

Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 11,6% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 88,4% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 9,9% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 90,1% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na alta e a presença da necessidade de continuidade de cuidados (p=0,105).

Tabela 160 – Risco de queda no momento da alta em função da necessidade de continuidade de cuidados

Continuidade de cuidados	Alta								Residuais			χ ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	8	22,9	14	11,6	14	9,9	36	12,1	2,1	-0,2	-1,1	4,516	0,105
Sim	27	77,1	107	88,4	128	90,1	262	87,9	-2,1	0,2	1,1		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Conforme a tabela 161, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na admissão, 76,3% não têm como causa de solicitação de internamento a necessidade de tratamentos complexos sendo que 23,7% têm.

Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 57,6% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de tratamentos complexos sendo que 42,4% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 76,1% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 23,9% tem. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e a necessidade de tratamentos complexos (p=0,003).

Tabela 161 – Risco de queda no momento da admissão em função da necessidade de tratamentos complexos

Tratamentos complexos	Admissão								Residuais			χ ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	29	76,3	68	57,6	108	76,1	205	68,8	1,1	-3,4	2,6	11,344	0,003
Sim	9	23,7	50	42,4	34	23,9	93	31,2	-1,1	3,4	-2,6		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Conforme a tabela 162, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na alta, 80% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de tratamentos complexos sendo que 20% tem.

Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 58,7% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de tratamentos complexos sendo que 41,3% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 74,6% não tem como causa de solicitação de internamento a necessidade de continuidade de cuidados sendo que 31,2% tem. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na alta e a necessidade de continuidade de cuidados (p=0,006).

Tabela 162 – Risco de queda no momento da alta em função da necessidade de tratamentos complexos

Tratamentos complexos	Alta								Residuais			χ ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	28	80,0	71	58,7	106	74,6	205	68,8	1,5	-3,1	2,1	10,082	0,006
Sim	7	20,0	50	41,3	36	25,4	93	31,2	-1,5	3,1	-2,1		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Como se pode observar na tabela 163, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na admissão, 28,9% não tem incontinência vesical sendo que 71,7% tem. Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 18,6% não tem incontinência vesical e 81,4% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 19,7% não tem incontinência vesical sendo que 80,3% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e a necessidade de continuidade de cuidados (p=0,374).

Tabela 163 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de incontinência vesical

Incontinência vesical	Admissão								Residuais			χ ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	11	28,9	22	18,6	28	19,7	61	20,5	1,4	-0,6	-0,3	1,968	0,374
Sim	27	71,1	96	81,4	114	80,3	237	79,5	-1,4	0,6	0,3		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Como se pode analisar na tabela 164, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na alta, 31,4% não tem incontinência vesical sendo que 68,9% tem.

Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 18,2% não tem incontinência vesical e 81,8% tem. Dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 19,7% não tem incontinência vesical sendo que 80,3% tem. Verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na alta e incontinência vesical (p=0,221).

Tabela 164 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de incontinência vesical

Incontinência vesical	Alta								Residuais			χ ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	11	31,4	22	18,2	28	19,7	61	20,5	1,7	-0,8	-0,3	3,020	0,221
Sim	24	68,6	99	81,8	114	80,3	237	79,5	-1,7	0,8	0,3		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Como se pode analisar na tabela 165, dos utentes que se consideram com baixo risco de quedas na admissão, 65,8% tem incontinência fecal. Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 72% tem incontinência fecal. Por fim, dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 70,4% são incontinentes fecais.

Apuramos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e a incontinência fecal ($p=0,764$).

Tabela 165 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de incontinência fecal

Tratamentos complexos	Admissão								Residuais			X ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	13	34,2	33	28,0	42	29,6	88	29,5	0,7	-0,5	0,0	0,539	0,764
Sim	25	65,8	85	72,0	100	70,4	210	70,5	-0,7	0,5	0,0		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Como se pode observar 166, na tabela nos utentes com baixo risco de quedas na alta, 62,9% tem incontinência fecal. Dos utentes que se consideram com médio risco de quedas, 74,4% tem incontinência fecal. Por fim, dos utentes que se consideram com alto risco de quedas, 69% são incontinentes fecais. Constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na alta e a incontinência fecal ($p=0,366$).

Tabela 166 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de incontinência fecal

Incontinência fecal	Alta								Residuais			X ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	13	37,1	31	25,6	44	31,0	88	29,5	1,1	-1,2	0,5	2,008	0,366
Sim	22	62,9	90	74,4	98	69,0	210	70,5	-1,1	1,2	-0,5		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Verificámos que 81,2% dos indivíduos não necessitou de sonda vesical durante o internamento, ao passo que 18,8% esteve algaliada. Nos indivíduos analisados com baixo risco e médio risco de queda na admissão 26,3% usavam sonda vesical, nos utentes classificados como alto risco 10,6% estiveram algaliados. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sonda vesical na admissão e o risco de queda ($p=0,002$) (tabela 167).

Tabela 167 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de sonda vesical

Sonda vesical	Admissão								Residuais			χ ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	28	73,7	87	73,7	127	89,4	242	81,2	-1,3	-2,7	3,5	12,035	0,002
Sim	10	26,3	31	26,3	15	10,6	56	18,8	1,3	2,7	-3,5		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Verificamos que 81,2% dos indivíduos não necessitou de sonda vesical durante o internamento, ao passo que 18,8% esteve algaliada (tabela 168).

Nos indivíduos analisados com baixo risco de queda na admissão 25,7% tinham sonda vesical na alta, dos utentes com médio risco 27,3% usavam sonda vesical, nos utentes classificados como alto risco 18,8% estiveram algaliados. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sonda vesical na alta e o risco de queda (p=0,001).

Tabela 168 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de sonda vesical

Sonda vesical	Alta								Residuais			χ ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Não	26	74,3	88	72,7	128	90,1	242	81,2	-1,1	-3,1	3,8	14,227	0,001
Sim	9	25,7	33	27,3	14	9,9	56	18,8	1,1	3,1	-3,6		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

No momento da admissão, 97,7% dos indivíduos encontrava-se sem dor (dor cotada entre 0 e 4) e 2,3% com dor moderada (cotada entre 5 e 7) e nenhum caso com dor máxima (≥8). Nos indivíduos estudados com baixo risco na admissão 97,4% categorizaram-se como sem dor, 2,6 com dor moderada. No médio risco de queda 95,8% estavam sem dor e 4,2% com dor moderada, nos utentes classificados como alto risco 99,3% estavam sem dor e 2,3% com dor moderada. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de dor na admissão e o risco de queda (p=0,172) (tabela 169).

Tabela 169 – Risco de queda no momento da admissão em função da presença de dor

Dor	Admissão								Residuais			χ ²	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Sem dor	37	97,4	113	95,8	141	99,3	291	97,7	-0,1	-1,7	1,8	3,522	0,172
Dor moderada	1	2,6	5	4,2	1	0,7	7	2,3	0,1	1,7	-1,8		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

No momento da alta, 99% dos indivíduos encontrava-se sem dor (dor cotada entre 0 e 4) e 1% com dor moderada (cotada entre 5 e 7) e nenhum caso com dor máxima (≥ 8). Nos indivíduos estudados com baixo risco na admissão 97,1% categorizaram-se como sem dor, 2,9 com dor moderada. No médio risco de queda 99,2% estavam sem dor e 0,8% com dor moderada, nos utentes classificados como alto risco 99% estavam sem dor e 1% com dor moderada. Verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de dor na admissão e o risco de queda ($p=0,503$) (tabela 170).

Tabela 170 – Risco de queda no momento da alta em função da presença de dor

Dor	Alta								Residuais			X ²	P
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Sem dor	34	97,1	120	99,2	141	99,3	295	99,0	-1,2	0,3	0,5	1,372	0,503
Dor moderada	1	2,9	1	0,8	1	0,7	3	1,0	1,2	-0,3	-0,5		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Os dados expostos na tabela 171, resultantes do teste de Kruskal-Wallis, mostram que na admissão os transtornos mentais e doenças osteomusculares apresentam médias mais altas quando relacionadas com a cotação total da escala de Morse. Por sua vez, as doenças do aparelho circulatório e outras patologias têm as médias mais baixas. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico principal e a cotação total da escala de morse na admissão. ($p=0,010$). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas quando estão presentes os diagnósticos: transtornos mentais e doenças do aparelho circulatório ($p=0,015$) como foi possível observar pelo teste de Post-hoc.

Tabela 171 - Teste de Kruskal-wallis para a cotação total da escala de Morse na admissão em função do diagnóstico principal

Cotação Total da Escala de Morse	Grupo 1	Grupo2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	X ²	P
	Doenças endócrinas	Transtornos mentais	Doenças do sistema nervoso	Doenças do Aparelho circulatório	Doenças do sistema osteomuscular	Outras patologias		
Admissão	144,50	177,91	166,59	132,05	172,89	136,95	15,035	0,010

Estudando o risco de queda pela avaliação da escala de Morse com o número de medicamentos distintos prescritos por dia averiguamos que 3,7% dos indivíduos tomam 0 ou 1 medicamento prescrito por dia, 19,1% entre 2 e 4 medicamentos e

77,2% tomam mais que 5. Nas pessoas de baixo risco na admissão nenhuma se encontra na classe dos ≤ 1 medicamento, 13,2% toma entre 2 a 4 e 86,8% ≥ 5 medicamentos. Nas pessoas de médio risco na admissão 3,4% encontram-se na classe dos ≤ 1 medicamento, 24,6% toma entre 2 a 4 e 72% ≥ 5 medicamentos. Nas pessoas de alto risco na admissão 4,9% tomam ≤ 1 medicamento, 16,2% toma entre 2 a 4 e 78,9% ≥ 5 medicamentos. Não são verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos administrados na admissão e o risco de queda ($p=0,191$) (tabela 172).

Tabela 172 – Risco de queda no momento da admissão em função do número de medicamentos prescritos

Número de medicamentos	Admissão								Residuais			χ^2	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
≤ 1	0	0,0	4	3,4	7	4,9	11	3,7	-1,3	-0,2	1,1	6,116	0,191
2-4	5	13,2	29	24,6	23	16,2	57	19,1	-1,0	1,9	-1,2		
≥ 5	33	86,8	85	72,0	112	78,9	230	77,2	1,5	-1,7	0,7		
Total	38	100	118	100	142	100	298	100					

Analisando o risco de queda pela avaliação da escala de Morse no momento da alta (tabela 173) com o número de medicamentos distintos prescritos por dia averiguamos que 1,3% dos indivíduos tomam 0 ou 1 medicamento prescrito por dia, 11,1% entre 2 e 4 medicamentos e 87,6% tomam mais que 5.

Nas pessoas de baixo risco na admissão 2,9% encontra-se na categoria dos ≤ 1 medicamento, 11,4% toma entre 2 a 4 85,7% e ≥ 5 medicamentos. Nas pessoas de médio risco na admissão 0,8% encontram-se na classe dos ≤ 1 medicamento, 13,2% toma entre 2 a 4 e 86% ≥ 5 medicamentos. Nas pessoas de alto risco na admissão 1,4% tomam ≤ 1 medicamento, 9,2% toma entre 2 a 4 e 89,4% ≥ 5 medicamentos. Não são verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o número de medicamentos administrados na admissão e o risco de queda ($p=0,749$).

Tabela 173 – Risco de queda no momento da alta em função do número de medicamentos prescritos

Número de medicamentos	Alta								Residuais			χ^2	p
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
≤ 1	1	2,9	1	0,8	2	1,4	4	1,3	0,8	-0,6	0,1	1,930	0,749
2-4	4	11,4	16	13,2	13	9,2	33	11,1	0,1	1,0	-1,0		
≥ 5	30	85,7	104	86,0	127	89,4	261	87,6	-0,4	-0,7	0,9		
Total	35	100	121	100	142	100	298	100					

Estudando o risco de queda pela avaliação da escala de Morse com o de Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária do utente internado na UCCI de Vouzela (Índice de Katz) no momento da admissão apuramos, tabela 174, as pessoas com ausência de capacidades 100% tem médio risco de queda. Das pessoas com incapacidade moderada 42,9% classificam-se em baixo risco, 14,3% em médio risco e 42,9% alto risco. Nas pessoas onde a incapacidade é severa, 12,2% possuem baixo risco de queda, 39,4% médio risco de queda e 48,9% alto risco. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (Índice de Katz) do utente internado na UCCI de Vouzela admissão e o risco de queda ($p=0,029$).

Tabela 174 – Risco de queda (Escala de Morse) no momento da admissão em função de Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária do utente internado na UCCI de Vouzela (Índice de Katz)

Escala de Morse	Índice de Katz								Residuais			X ²	P
	Ausência de incapacidade		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total		1	2	3		
	N	%	N	%	N	%	N	%					
Baixo Risco	-	0,0	3	42,9	35	12,2	38	12,8	-	2,4	-	10,820	0,029
Médio Risco	3	100,0	1	14,3	113	39,4	117	39,4	0,7	-	1,7		
Alto Risco	-	0,0	3	42,9	139	48,4	142	47,8	2,2	1,4	0,0		
Total	3	100	7	100	287	100	297	100	1,7	0,3	1,1		

Refletindo sobre o risco de queda pela avaliação da escala de Morse com o de Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária do utente internado na UCCI de Vouzela (Índice de Katz) no momento da alta apuramos as pessoas sem ausência de capacidades 50% tem baixo risco de queda e 50% tem médio risco de queda.

Das pessoas com incapacidade moderada 40% classificam-se em baixo risco, 30% em médio risco e 30% alto risco. Nas pessoas onde a incapacidade é severa, 10,3% possuem baixo risco de queda, 40,4% médio risco de queda e 49,3% alto risco. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária do utente internado na UCCI de Vouzela (Índice de Katz) na alta e o risco de queda ($p=0,004$) (tabela 175).

Tabela 175 – Risco de queda (Escala de Morse) no momento da alta em função de Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária do utente internado na UCCI de Vouzela (Índice de Katz)

Escala de Morse	Índice de Katz								Residuais			X ²	P
	Ausência de incapacidade		Incapacidade moderada		Incapacidade severa		Total						
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Baixo Risco	2	50,0	4	40,0	29	10,3	35	11,8	2,4	2,8	- 3,7	15,262	0,004
Médio Risco	2	50,0	3	30,0	114	40,4	119	40,2	0,4	- 0,7	0,4		
Alto Risco	0	0,0	3	30,0	139	49,3	142	48,0	- 1,9	- 1,2	2,0		
Total	4	100	10	100	282	100	296	100					

Foi realizado um test t para clarificar a relação existente entre o total da escala de morse na admissão e na alta. É possível observar que a média é ligeiramente superior na alta do que na admissão (50,02 e 50,74) com um desvio padrão de 24,373 na admissão e 23,998 na alta. Entre o total da escala de morse na admissão e o total na alta não existem diferenças estatisticamente significativas (p=0,290) (tabela 176).

Tabela 176 – Teste t para a escala de morse na admissão e alta

Total Escala de Morse	Média Dp		Leven,s	T	P
	Média	Dp	p		
Admissão	50,02	24,373	0,000	-1,060	0,290
Alta	50,74	23,998			

Foi realizado um test t para clarificar a relação existente entre o total da escala de morse na admissão em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody).

É possível observar (tabela 177) que a média é maior nos utentes dependentes (43,19) e nos doentes dependentes com assistência, com um desvio padrão de 22,222 e 24,472 respetivamente. Entre a cotação da escala de morse na admissão em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas (p=0,000).

Tabela 177 – Teste t para a cotação da escala de morse na admissão em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody)

Total da escala de Lawton e Brody	Média	Dp	Leven,s p	t	p
Dependente	43,19	22,222	0,169	-4,580	0,000
Dependente com assistência	55,82	24,472			

Após a aplicação do teste t para clarificar a relação existente entre o total da escala de morse na alta em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody) observa-se que a média é maior nos utentes dependentes com assistência (55,68) que nos doentes dependentes (44,60), com um desvio padrão de 23,827 (dependentes com assistência) e 22,754 (doentes dependentes). Entre a cotação da escala de morse na alta em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$) (Tabela 178).

Tabela 178 – Teste t para a cotação da escala de morse na alta em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody por parte dos utentes internados da UCCI de Vouzela (Índice de Lawton e Brody)

Total da escala de Lawton e Brody	Média	Dp	Leven,s p	t	P
Dependente	44,60	22,754	0,595	-4,013	0,000
Dependente com assistência	55,68	23,827			

Capítulo 5: Discussão

A discussão dos resultados mais importantes, aqui apresentada, para a compreensão da prevalência de quedas em utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela, é feita com base nas evidências empíricas, conjugadas com os estudos encontrados na área, fazendo-se uma aproximação com os mesmos quer por semelhança, quer por dissemelhança.

Na nossa amostra verificou-se que, 63,47% dos utentes eram do sexo feminino, sendo 36,57% do sexo masculino. No estudo apresentado por Almeida (2012) verificou-se que houve também uma predominância dos indivíduos do género feminino (85 indivíduos dos 162 indivíduos, ou seja, 52,47% de mulheres presentes no estudo).

A média de idades no nosso estudo ronda os 76,5 anos para o sexo masculino e uma média de 79,83 anos para o sexo feminino. Almeida (2012) verificou que a maioria dos indivíduos pertencentes ao estudo desenvolvido tinha as suas idades englobadas no grupo com 65 anos ou mais (83,3%)

Relativamente ao estado civil, constatou-se que a maioria dos utentes (59,7%) não tinha companheiro o que contraria os resultados obtidos por Almeida (2012) pois no que diz respeito ao estado civil, Almeida (2012) verificou que o grupo que reuniu maior número de indivíduos foi o grupo dos casados/união de facto (37,7%) seguindo-se dos viúvos com 33,3%.

No nosso estudo predominaram os utentes reformados em 99,1%. Quanto às habilitações académicas, 53,7% dos utentes não possuíam instrução primária, seguindo-se os que tinham a 4.^a classe antiga (43,7%). Almeida (2012) refere que a maioria dos indivíduos da sua amostra possui o 1º ciclo de escolaridade (54,3%) contrapondo aos resultados aqui obtidos.

Quanto ao tempo de permanência, obteve-se o mínimo de 1 dia de permanência na UCCI e um máximo de 759 dias, com uma média de 126,95 dias. Já no que concerne à sua proveniência, a maioria (70,3%) provinham do domicílio,

No nosso estudo 43,7% integraram na UCCI de Vouzela para descanso do cuidador. Os dados obtidos mostraram que a causa de solicitação de internamento por situação de fragilidade do utente foi, maioritariamente, a mais registada (94,3%). Os dados relativos às doenças crónicas com episódio de agudização, causa de solicitação de internamento dos utentes na UCCI de Vouzela, mostraram que 36,3% dos utentes institucionalizados tinham a presença de doença crónica com episódio de agudização. Quanto à necessidade de continuidade de cuidados, sendo esta igualmente uma causa de solicitação de institucionalização, verificou-se que a muitos dos utentes

(84,2%) teve necessidade de continuidade de cuidados. Relativamente à necessidade de vigilância e tratamentos complexos, registou-se que 36,9% dos utentes tiveram essa necessidade, como causa de solicitação. Apenas 7,7% dos utentes precisaram, durante o período de internamento, da prestação de cuidados paliativos. Verificou-se que 77,7% dos sujeitos da amostra tiveram a necessidade de ensino ao utente e/ou aos cuidadores.

Almeida (2012) refere que em relação ao motivo que levou os indivíduos estudados a estarem internados tanto para o motivo descanso do cuidador/dependência nas AVD como para o motivo reabilitação a percentagem apresentada foi igual a 19,1%. A maior percentagem encontra-se no grupo das doenças. O contraste de resultados encontrados manifesta-se pelo facto de os nossos dados terem sido recolhidos apenas numa UCCILD, ao passo que no estudo de Almeida foram colhidas informações em UCC's de diferentes tipologias e consequentemente com critérios de admissão são discrepantes.

Tanto na nossa amostra como na amostra de Almeida se verifica que os utentes podem apresentar mais que uma causa de solicitação de internamento.

As principais patologias diagnosticadas nos utentes admitidos na UCCI de Vouzela foram: 39,1% doenças do aparelho circulatório, 16% transtornos mentais, 10,9% doenças do sistema osteomuscular, 8,9% doenças do sistema nervoso, 8,9% doenças endócrinas, 17,1% outras patologias. Quanto ao diagnóstico secundário, no momento da admissão, registou-se que a maioria (42,3%) tinha doenças do aparelho circulatório.

Almeida (2012) refere que no diagnóstico principal também agrupadas as patologias de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde, o grupo de patologias que afeta um maior número de indivíduos é o grupo das doenças do aparelho circulatório (em coerência com o nosso estudo); segue-se o grupo das lesões traumáticas com 22 (13,6%) indivíduos; 15 (9,3%) indivíduos são afetados por doenças do sistema nervoso; 18 (11,1%) são afetados por doenças mentais; 11 (6,8%) são afetados por doenças do aparelho respiratório; 9 (5,6%) indivíduos apresentaram uma variedade de tumor; tanto para as doenças endócrinas como para as doenças da pele apresentaram-se 7 (4,3%) indivíduos respetivamente e com apenas um indivíduo afetado por cada uma das patologias encontram-se as doenças dos olhos, as doenças do aparelho digestivo, as malformações congénitas/anomalias cromossómicas e as doenças do aparelho geniturinário. Nestes grupos não se encontram valores passíveis de comparação uma vez que houve reagrupamento de categorias devido à dispersão de resultados em

alguns grupos assim como determinadas patologias são características dependendo da tipologia das UCCI's.

Tendo em conta os resultados do índice de Katz, o qual foi trabalhado estatisticamente na amostra em estudo em duas situações distintas, admissão e alta, pode afirmar-se que sobressaíram os utentes sem autonomia para desempenhar as suas atividades de vida diária, o que englobou tomar banho, vestir-se, fazer a higiene, deslocar-se e alimentação.

Assim, ao pretender-se saber quais as variáveis que poderiam influenciar estaticamente a autonomia dos utentes para o desempenho das suas atividades de vida diária, constatou-se que em todos os intervalos de idades constituídos os utentes não apresentavam autonomia para tratar da sua higiene, isto na admissão, prevalecendo os utentes na faixa etária dos 75 aos 84 anos, o que resultou em 47,6%, bem como aqueles tinham idade igual ou superior a 85 anos, com 30,9%, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,003$). Ainda em termos de admissão dos utentes na Unidade, verificou-se que os utentes com idades compreendidas entre os 75 aos 84 anos foram aqueles que sobressaíram em termos de presença de incontinência (48,8%), bem como os utentes na faixa etária dos 85 anos ou idade superior (32%), resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$).

Estes resultados poderão ser explicados precisamente com base no fator idade, ou seja, trata-se de idosos e é importante referir que o processo de envelhecimento verifica-se que ao nível patológico, habitual nestas idades, o que os torna mais dependentes de cuidados (Sequeira, 2010).

Também Almeida (2012) aponta a dependência na realização das atividades de vida diária. No seu estudo 66% dos indivíduos foram classificados como dependentes. 69,2% dos indivíduos apresentam necessidade de ajuda para se alimentarem, 79,6% necessitam de ajuda na realização da sua higiene e 40,1% necessitam de ajuda para a toma da sua medicação.

Quanto ao momento da alta, a idade continuou a constituiu-se numa variável com interferência no índice de Katz, ou seja, apurou-se que os utentes sem autonomia para a higiene, sobressaindo os 47,8% de utentes com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 e 31,2% dos que tinham 85 anos ou idade superior, resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$).

Em relação à presença de incontinência (vesical e fecal), uma vez mais se registou uma maioria de utentes com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos (48,7%) a terem incontinência, bem como os que possuíam 85 anos ou idade superior (32,1%), com diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$). Estes resultados corroboram os anteriormente descritos em relação à admissão dos utentes, sendo

continuando a ser a idade uma variável com evidências de interferência na autonomia dos utentes e na presença de incontinência. Inclusive, verificou-se que os utentes com idades compreendidas entre os 75 anos e os 84 anos (48,3%) necessitavam de assistência para a alimentação, sendo esta uma situação idêntica à dos com 85 anos ou idade superior (30,6%), ainda que com menor representatividade percentual. Apuram-se, a este nível, diferenças estaticamente significativas ($p=0,011$).

Quanto ao tempo de permanência na Unidade, em termos de admissão, constatou-se que, na maioria, 30,8% os utentes com dias de permanência entre os 89 a 182 dias não tinham autonomia para tomar banho, necessitando, deste modo, de assistência. Também 25% dos utentes com 183 dias ou mais de permanência e 24% dos que tinham menos de 54 dias ou período igual de permanência na Unidade manifestaram essa assistência para tomar banho, com diferenças estaticamente significativas ($p=0,043$). Outra atividade de vida diária na qual os mesmos utentes não tinham autonomia para a realizar foi o vestir-se, pois, apurou-se que 31% dos utentes com 89 a 182 dias de permanência patentearam assistência para se vestir, seguindo-se 25,7% dos que tinham 183 dias ou mais de permanência e 24,2% dos que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência na Unidade. Estes dados resultaram em diferenças estaticamente significativas ($p=0,038$). Outro resultado com diferenças estaticamente significativas ($p=0,046$) foi o que respeita à necessidade de assistência para realizar a higiene, ou seja, 30,6% com 89 a 182 dias de permanência na unidade não revelaram autonomia para esta atividade de vida diária, bem como 25,8% dos que estiveram na Unidade 183 dias ou mais e 24,8% dos que possuíam menos ou igual a 54 dias de permanência.

Dando continuidade aos resultados obtidos no cruzamento do índice de Katz e as variáveis sociodemográficas, pode dizer-se que o estado civil também influenciou em termos de autonomia para a realização de atividades de vida diária. Assim, confirmou-se, na amostra em estudo, que a maioria dos utentes sem companheiro necessitavam de assistência para se alimentar, no momento da admissão, o que resultou em 58,8%, seguindo-se os 41,2% com companheiro na mesma situação, ou seja, sem autonomia para realizar esta atividade. Apurou-se, deste modo, diferenças estaticamente significativas ($p=0,020$). De igual modo, em situação de alta, 57,9% dos utentes sem companheiro revelaram incontinência e 42,1% dos utentes com companheiro, necessitando de assistência, traduzindo-se em diferenças estaticamente significativas ($p=0,018$).

Em síntese, verificou-se que, mais concretamente no que concerne ao total da escala de Katz, a média mais alta recaiu precisamente (5,71) na admissão dos utentes

na Unidade, comparativamente com os valores obtidos na alta, tendo resultado em diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$).

De modo mais pormenorizado, pode dizer-se que os resultados demonstraram que a maioria dos utentes, na admissão, tendo em conta as faixas etárias instituídas, tinha incapacidade severa, sobretudo, os utentes com idade compreendida entre os 75 anos e os 84 anos (47,9%) e os que tinham idade igual ou superior a 85 anos (30,7%), resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$). Já em termos de alta, voltou-se a verificar que a maioria dos utentes, de todas as faixas etárias, revelou incapacidade severa, especialmente os utentes com idade compreendida entre os 75 anos e os 84 anos (48,5%) e os que tinham idade igual ou superior a 85 anos (31%), traduzindo-se em diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$).

Em termos de cotação do Índice de Katz, quer na admissão, quer na alta, apurou-se que os valores médios mais elevados, ou seja, indicativos de dependência para a realização das atividades de vida diária, foram precisamente os dos utentes com sonda vesical (admissão 183,19; alta 183,98), verificando-se a existência de diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$). Estes dados foram muito similares aos obtidos para a presença de incontinência fecal, cuja cotação do Índice de Katz, na admissão e na alta, indicou valores médios mais elevados nestes utentes (admissão 186,68; alta 186,20), resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,000$).

Ainda referente à cotação do Índice de Katz na admissão em função do diagnóstico principal, obtiveram-se médias mais elevadas nos utentes com transtornos mentais (181,52) e nos que tinham doenças do sistema osteomuscular (181,23), resultando em diferenças estaticamente significativas ($p=0,001$). Estes dados sugeriram que são estes utentes que necessitam mais assistência para a realização de atividades de vida diária, tendo em conta o diagnóstico principal. Também, na situação de admissão, o diagnóstico secundário mostrou as médias mais elevadas nos utentes com doenças do sistema nervoso (144,94) e os que tinham doenças do sistema osteomuscular (134,35), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,034$).

Face aos dados apurados poder-se-á dizer que a idade, o estado civil, o tempo de permanência na Unidade, a presença de incontinência vesical, fecal, sonda vesical, e o diagnóstico principal foram variáveis a interferir na autonomia dos utentes, maioritariamente, para a realização de atividades de vida diária, ou seja, resultando na necessidade de assistência para a sua realização o que poderá indicar que estes utentes podem ter presentes fatores de risco para uma possível queda, ou seja, quando as pessoas têm reduzida a sua autonomia, traduzindo-se em maior dependência. Assim sendo, pode corroborar-se estes dados com o referido por

Gorzoni e Filho (2008), segundo os quais, o contexto sociodemográfico, caracter clínico e funcional, resultam maioritariamente em dependência e aumentam o histórico de quedas neste grupo populacional.

Em relação ao total do Índice de Lawton e Brody na admissão e na alta, apurou-se que o grupo de utentes com 89 a 182 dias de permanência na Unidade apresentou médias mais elevadas, 186,20 no momento da admissão e de 190,60 no momento da alta, com diferenças estatisticamente significativas para ambos os casos ($p=0,040$; $p=0,007$, respetivamente). Estes dados sugerem que estes utentes são os que manifestam maior dependência para as atividades de vida diária e maior dependência funcional, o que pode, conseqüentemente, ser indicativo de quedas.

Constatou-se que as médias mais elevadas, em termos de proveniência dos utentes, foram a dos que vinham do domicílio: 183,00 para a admissão e 182,71 para a alta, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$; $p=0,003$). Outra variável a interferir na cotação total do Índice de Lawton e Brody na admissão foi a incontinência vesical, sendo estes utentes, maioritariamente, que tiveram médias mais elevadas: 226,45 para o momento da admissão; 218,52 para o momento da alta, com diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$). Verificou-se a mesma situação nos utentes com incontinência fecal: 246,48 para o momento da admissão e 244,22 para o momento da alta, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Também se inferiu que a variável diagnóstico principal interferiu nos resultados da cotação total do Índice de Lawton e Brody, particularmente os doentes com doenças do sistema osteomuscular (209,80) e os que tinham doenças endócrinas (201,07), com médias mais elevadas, resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,008$).

Face aos dados descrito, poder-se-á dizer que como se trata de uma amostra maioritariamente constituída por idosos, e atendendo a que o envelhecimento tem como característica mais marcante a dependência nas atividades da vida diária, o que se traduz numa maior redução de autonomia e da qualidade de vida, estes utentes poderão ter uma maior propensão para o risco de quedas. Neste sentido, faz-se alusão ao estudo de Júnior e Matos (2013), segundo os quais a perda de autonomia funcional é um fator de risco de quedas em idosos. Assim, a ausência de autonomia e de funcionalidade é uma variante a ser considerada, devido ao facto de que as possibilidades de queda aumentam consideravelmente. Segundo Ramos (2003), o fator determinante na terceira idade é a autonomia, pois qualquer pessoa que chegue aos 80 anos, capaz de gerir sua própria vida, optando por suas atividades de lazer e meio social, certamente será considerada uma pessoa saudável.

Júnior e Matos (2013) acrescentam que um dos principais problemas que acontecem com as pessoas da terceira idade são as quedas decorrentes de acidentes, que ocorrem devido às anormalidades do equilíbrio, fraqueza muscular, dificuldades com a marcha do passo, doenças do sistema osteomuscular, alterações cognitivas e consumo de alguns medicamentos. A capacidade de deambular é um dos fatores determinantes da qualidade de vida do idoso, porém, muitas vezes, este perde essa capacidade e torna-se dependente. A autonomia funcional de um idoso pode estar diretamente relacionada com a marcha que, por sua vez, pode ser comprometida com o avanço da idade, com o sedentarismo e com a própria institucionalização.

Na admissão, através da aplicação da escala de Morse, a nossa amostra apresentava 12,8% dos indivíduos com baixo risco de queda, 39,6% com médio risco, predominando o alto risco com 47,7%.

No que se refere aos resultados da Escala de Morse *versus* variáveis relacionadas como risco de queda, apurou-se que, tanto no momento da admissão, como no momento da alta dos indivíduos da UCCI de Vouzela, um mínimo de 0 pontos e um máximo de 105 pontos. A média na admissão ronda os 50,02. Na alta verificou-se uma média de 50,74, resultando em diferenças estatísticas altamente significativas entre a cotação da primeira avaliação escala de Morse no internamento e a última avaliação ($p=0,000$).

Almeida (2012), no que diz respeito aos dados obtidos da aplicação da escala de Downton verificou-se que 95,1% dos indivíduos apresentavam risco de queda e apenas 4,9% não apresentavam risco de queda.

Com o intuito de se conhecer a relação entre a cotação da Escala de Morse na admissão e na alta, em função do estado civil, apurou-se que quando os utentes que não possuem companheiro apresentaram uma média superior à média dos que tinham companheiro. No período que antecede a saída do utente da UCCI, verificou-se que a média decresce ligeiramente quando não existe companheiro, no entanto, aumenta quando existe companheiro. Pela análise dos resultados, pode dizer-se que no momento da admissão se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a cotação final da escala de morse e o estado civil ($p=0,031$). Quando existe necessidade de tratamentos complexos, os valores da média foram inferiores aos verificados na não necessidade de tratamentos complexos, sendo também os valores próximos (133,89 na admissão e 139,52 na alta), resultando em diferenças estatisticamente significativas entre a necessidade de tratamentos complexos e o total da cotação da escala de Morse na admissão ($p=0,034$).

Concluiu-se também que, dos 12,8% dos utentes que no momento da admissão apresentavam baixo risco de queda, 94,3% manteve o baixo risco, 2,5%

aumentou de baixo para o médio risco e 1,4% passou de baixo risco para alto risco no momento da alta. Dos 39,6% indivíduos que na admissão apresentavam médio risco de risco, 5,7% baixou para o baixo risco, 89,3% manteve-se na mesma categoria de médio risco e 5,6% passou de médio para alto risco. Verificou-se que 47,7% dos indivíduos ao ingressarem na UCCI de Vouzela foram classificados como doentes de alto risco. Desses indivíduos 93% manteve-se com risco elevado de queda, 8,3% passou de alto risco para médio risco, não se tendo verificado nenhum caso de passagem de alto risco para baixo risco. Deste modo, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco na admissão e na alta ($p=0,000$).

Verificou-se que, dos doentes classificados como tendo baixo risco de queda, 52,6% não têm companheiro e 47,4% têm companheiro. Dos utentes de médio risco 53,4% não têm companheiro e 46,6% têm companheiro. Por fim, dos utentes com alto risco, 69% não têm companheiro e 31% têm companheiro. Verificaram-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e o risco de queda na admissão ($p=0,020$).

Para as pessoas que tiveram baixo risco de queda na alta, 25,7% esteve internado 54 ou menos dias, 22,9% entre 55 a 88 dias, 25,7% entre 89 a 182 dias e 25,9% mais de 183 dias. Das pessoas que tiveram médio risco de queda na alta, 30,6% esteve internado 54 ou menos dias, 19,8% entre 55 a 88 dias, 23,9% entre 89 a 182 dias e 26,4% mais de 183 dias. Das pessoas que tiveram alto risco de queda na alta, 16,2% esteve internado 54 ou menos dias, 23,9% entre 55 a 88 dias, 39,4% entre 89 a 182 dias e 20,4% mais de 183 dias. Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na alta e o tempo de permanência ($p=0,036$).

Conforme os resultados, dos 42,4% dos utentes com médio risco de quedas tinham como causa de solicitação de internamento a necessidade de tratamentos complexos, bem como 23,9% dos utentes com alto risco de quedas, resultando em diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na admissão e a necessidade de continuidade de cuidados ($p=0,003$). Também se apurou que, na alta, dos utentes com baixo risco de quedas, 20% apresentavam como causa de solicitação de internamento a necessidade de tratamentos complexos. Por sua vez, no caso dos utentes com médio risco de quedas, também 41,3% tinha subjacente a mesma causa de solicitação de internamento, passando-me o mesmo com 31,2% dos utentes com alto risco de quedas. Assim, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de queda na alta e a necessidade de continuidade de cuidados ($p=0,006$).

Quanto à necessidade de sonda vesical, durante o internamento, 10,6% é que revelaram ter alto risco de queda, quando comparados com os restantes, resultando em diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sonda vesical na admissão e o risco de queda ($p=0,002$). Já na alta, 18,8% dos utentes com sonda vesical é que foram classificados como tendo alto risco de queda, havendo igualmente diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$).

Os dados recolhidos também demonstraram que, na admissão, existem diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico principal e a cotação total da Escala de Morse, na admissão ($p=0,010$), sobretudo quando estão presentes os diagnósticos: transtornos mentais e doenças do aparelho circulatório ($p=0,015$). Neste âmbito, os resultados sugerem que estas patologias, principalmente os transtornos mentais, podem configurar-se como alertas para fatores de risco de quedas, sobretudo em idosos, como sustentam Marin, Bourie e Safran (2010).

Em relação ao risco de queda associado ao Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (Índice de Katz), no momento da admissão, apurou-se que os utentes sem ausência de capacidades (100%) tinham um médio risco de queda. Das pessoas com incapacidade moderada, 42,9% classificaram-se em baixo risco, 14,2% em médio risco e 42,9% alto risco. Nos casos onde a incapacidade é severa, 48,9% foram classificados como tendo alto risco de queda. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,029$). No momento da alta, apurou-se que 30% os utentes com incapacidade moderada é que se classificaram como tendo alto risco de queda. No caso da incapacidade severa, 40,4% tiveram médio risco de queda e 49,3% alto risco. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,004$).

Já no que concerne à possível relação existente entre o total da escala de Morse na admissão em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Índice de Lawton e Brody), foi possível observar que a média maior foi a obtida para os utentes dependentes e nos doentes dependentes com assistência, verificando-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Verificou-se também que a média foi maior nos utentes dependentes com assistência (55,68) que nos doentes dependentes (44,60), resultando em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$). Então, poder-se-á dizer que existe uma associação entre o grau de dependência funcional e o risco de quedas, sendo esta também reiterante no estudo realizado por Ferreira, Caetano e Damásio (2011), cujo estudo revelou uma correlação entre a dependência funcional e o risco de quedas em idosos, inclusive, os autores apuraram que a diminuição do equilíbrio está diretamente relacionada com o maior risco de quedas. Assim, sendo os resultados apurados na

presente investigação de alcance funcional permitem predizer sobre o risco de quedas entre a amostra estudada.

Atendendo ao exposto, poder-se-á dizer que, na globalidade, os dados apurados na presente investigação corroboram os de Siqueira *et al.* (2007), pois foi apurado que as quedas são mais frequentes nos utentes com mais idade, nos idosos separados, divorciados e viúvos. O percentual de quedas esteve também associado ao sedentarismo, à presença de patologias e à redução de autonomia e funcionalidade.

Pereira, Fernandes e Miguel (2007) também concluíram que é elevado o risco de quedas em idosos dependentes e semi-dependentes, assim como naqueles que possuem algum grau de dificuldade de realização das atividades básicas de vida. É também muito elevada a presença de doenças e debilidades geralmente associadas a risco de queda, assim como a toma de medicação.

Os resultados apurados nesta investigação vão ao encontro dos apurados por Ferrão, Henriques e Fontes (2011), que também aplicaram a escala de avaliação de risco de Morse, tendo concluído que 44,3% dos residentes numa instituição para idosos foram classificados de baixo risco, 21,4% de médio risco e 34,3% de alto risco. Concluíram também que os idosos com incapacidade severa foram os que tiveram o alto risco de quedas, tal como nesta investigação.

No presente estudo não se encontraram diferenças estaticamente significativas entre a presença de dor, na admissão e no internamento, em relação ao risco de queda nos utentes, o que corrobora os resultados de Cruz *et al.* (2011), os quais não encontraram associações entre a frequência dos episódios de dor e o relato de quedas. Assim, e tendo em conta que os utentes em estudo se encontravam institucionalizados na UCCI de Vouzela, onde recebem cuidados de saúde formais, pode afirmar-se que o melhor controlo da dor pode diminuir risco de quedas em idosos, sendo esta uma opinião corroborada por Cruz *et al.* (2011).

Como se pôde observar, há uma prevalência considerável de utentes classificados como médio e alto risco de quedas, o que corrobora os dados alcançados por Cabrita e José (2013), segundo os quais 37,7% dos idosos institucionalizados numa ECCL apresentavam risco elevado de queda.

Termina-se afirmando que as quedas são ocorrências relativamente comuns nos idosos e constituem-se fatores de morbilidade e mortalidade em indivíduos com mais de 65 anos. Essas quedas são uma das maiores preocupações, pela sua frequência e consequências, em relação à qualidade de vida do idoso.

Capítulo 6: Conclusões

A enfermagem é uma ciência e uma arte. Os enfermeiros além de profissionais deverão ser artistas exímios na capacidade de auxiliar as pessoas, estejam doentes ou saudáveis, promovendo a sua saúde e prevenindo a doença, contribuindo para o seu bem-estar biopsicossocial. A sua função visa fomentar a maior independência possível dos doentes em todas as suas atividades. A preservação da dignidade humana, através da adoção de uma visão holística do doente, é um dos pilares essenciais da sua prática.

Cuidar, é estar disponível para o outro, é uma forma de relação, em que a abertura, o conhecimento, paciência, honestidade, humildade, esperança, coragem, confiança, compreensão, atenção e solicitude devem estar sempre presentes. No fundo implica humanismo. A prestação de cuidados, seja em que contexto for, deve estar balizada pelos valores atrás referidos, no entanto e no caso concreto, maior importância adquirem no contexto de uma UCCI.

Com base nos resultados expostos neste relatório pode afirmar-se que se conseguiram atingir os objetivos propostos, dando resposta também às questões de investigação, ponto de partida da presente investigação.

As quedas, sobretudo, nos idosos podem provocar uma série de danos físicos, como traumatismos de tecidos moles e fraturas ósseas, declínio funcional e, muitas vezes, a morte. Partindo desta inquietação procurou-se verificar a prevalência do risco de quedas em utentes institucionalizados na UCCI de Vouzela.

Deste modo, na presente investigação, a amostra em estudo foi não probabilística por conveniência, constituída por utentes que estiveram internados na UCCI de Vouzela entre o período compreendido de 8 de abril de 2008 (abertura da instituição) e 31 dezembro de 2012. A amostra obtida foi constituída por 296 dos utentes que reuniam os critérios de inclusão, totalizando 81,64% da população (365).

Na nossa amostra verificou-se que, 63,47% eram utentes do sexo feminino, sendo 36,57% do sexo masculino, com uma média de 76,5 anos para o sexo masculino e uma média de 79,83 anos para o sexo feminino. Relativamente ao estado civil, constatou-se que a maioria dos utentes (59,7%) não tinha companheiro. Predominaram os utentes (53,7%) que não possuíam instrução primária, seguindo-se os que tinham a 4.^a classe antiga (43,7%). Tratava-se de utentes maioritariamente reformados (99,1%). Quanto ao tempo de permanência, obteve-se o mínimo de 1 dia de permanência na UCCI e um máximo de 759 dias, com uma média de 126,95 dias. Já no que concerne à sua proveniência, a maioria (70,3%) provinham do domicílio, 43,7% integraram na UCCI de Vouzela para descanso do cuidador. Os dados obtidos

mostraram que a causa de solicitação de internamento por situação de fragilidade do utente foi, maioritariamente, a mais registada (94,3%). Os dados relativos às doenças crónicas com episódio de agudização, causa de solicitação de internamento dos utentes na UCCI de Vouzela, mostraram que 36,3% dos utentes institucionalizados tinham a presença de doença crónica com episódio de agudização. Quanto à necessidade de continuidade de cuidados, sendo esta igualmente uma causa de solicitação de institucionalização, verificou-se que a muitos dos utentes (84,2%) teve necessidade de continuidade de cuidados. Relativamente à necessidade de vigilância e tratamentos complexos, registou-se que 36,9% dos utentes tiveram essa necessidade, como causa de solicitação. Apenas 7,7% dos utentes precisaram, durante o período de internamento, da prestação de cuidados paliativos. Verificou-se que 77,7% dos sujeitos da amostra tiveram a necessidade de ensino ao utente e/ou aos cuidadores. As principais patologias diagnosticadas nos utentes admitidos na UCCI de Vouzela foram as seguintes: 39,1% doenças do aparelho circulatório, 16% transtornos mentais, 10,9% doenças do sistema osteomuscular, 8,9% doenças do sistema nervoso, 8,9% doenças endócrinas, 17,1% outras patologias. Quanto ao diagnóstico secundário, no momento da admissão, registou-se que a maioria (42,3%) tinha doenças do aparelho circulatório.

No que se refere aos resultados da análise inferencial, mais concretamente dando-se resposta ao primeiro objetivo, concluiu-se que algumas variáveis sociodemográficas, como a idade, o estado civil e a proveniência, influenciaram o risco de quedas dos utentes. Quanto ao segundo objetivo que implicava às variáveis contextuais, apenas o tempo de permanência, a presença de sonda vesical a incontinência fecal e o diagnóstico principal, foram variáveis que influenciaram a autonomia para as atividades de vida diária e no que se refere à capacidade funcional dos utentes, constituindo-se como fatores de risco de quedas.

No que concerne ao terceiro objetivo, mais concretamente à prevalência de risco de quedas, através da cotação da Escala de Morse na admissão e na alta, em função do estado civil, apurou-se que quando os utentes que não possuem companheiro apresentaram uma média superior à média dos que tinham companheiro. No período que antecede a saída do utente da UCCI, verificou-se que a média decresceu ligeiramente quando não existia companheiro, no entanto, aumenta quando existia companheiro.

Concluiu-se igualmente que, dos 12,8% dos utentes que no momento da admissão apresentavam baixo risco de queda, 94,3% manteve o baixo risco, 2,5% aumentou de baixo para o médio risco e 1,4% passou de baixo risco para alto risco no momento da alta. Dos 39,6% indivíduos que, na admissão, apresentavam médio risco

de risco, 5,7% baixou para o baixo risco, 89,3% manteve-se na mesma categoria de médio risco e 5,6% passou de médio para alto risco. Verificou-se que 47,7% dos indivíduos ao ingressarem na UCCI de Vouzela foram classificados como doentes de alto risco. Desses indivíduos, 93% manteve-se com risco elevado de queda, não se tendo verificado nenhum caso de passagem de alto risco para baixo risco. Dos utentes com médio risco de quedas, a maioria (53,4%) não tinha companheiro. Por sua vez, dos utentes com alto risco, predominaram 69% que não possuíam companheiro. Dos utentes com médio risco de queda, na alta, 30,6% esteve-se internado 54 ou menos dias, 19,8% entre 55 a 88 dias, 23,9% entre 89 a 182 dias e 26,4% mais de 183 dias. Das pessoas que tiveram alto risco de queda na alta, 16,2% esteve internado 54 ou menos dias, 23,9% entre 55 a 88 dias, 39,4% entre 89 a 182 dias e 20,4% mais de 183 dias.

Também se concluiu que 42,4% dos utentes com médio risco de quedas tinham como causa de solicitação de internamento a necessidade de necessidade de tratamentos complexos, bem como 23,9% dos utentes com alto risco de quedas. Apurou-se que, na alta, dos utentes com médio risco de quedas, 41,3% tinha subjacente a mesma causa de solicitação de internamento, passando-me o mesmo com 31,2% dos utentes com alto risco de quedas. Quanto à necessidade de sonda vesical, durante o internamento, 10,6% é que revelaram ter alto risco de queda, quando comparados com os restantes, resultando em diferenças estatisticamente significativas entre a presença de sonda vesical na admissão e o risco de queda. Já na alta, 18,8% dos utentes com sonda vesical é que foram classificados como tendo alto risco de queda.

Os dados recolhidos também demonstraram que, na admissão, existem diferenças estatisticamente significativas entre o diagnóstico principal e a cotação total da Escala de Morse, na admissão, principalmente quando estavam presentes os diagnósticos: transtornos mentais e doenças do aparelho circulatório.

Em relação ao risco de queda associado ao Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (Índice de Katz), no momento da admissão, apurou-se que os utentes sem ausência de capacidades (100%) tinham um médio risco de queda. Das pessoas com incapacidade moderada, 42,9% classificaram-se em baixo risco, 14,3% em médio risco e 42,9% alto risco. Nos casos onde a incapacidade era severa, 48,9% foram classificados como tendo alto risco de queda. No momento da alta, apurou-se que 30% dos utentes com incapacidade moderada foram os que se classificaram como tendo alto risco de queda. No caso da incapacidade severa, 40,4% tiveram médio risco de queda e 49,3% alto risco.

No que concerne à possível relação existente entre o total da escala de Morse na admissão em função da realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (Escala de Lawton e Brody), concluiu-se que a média maior foi a obtida para os utentes dependentes e nos doentes dependentes com assistência. Verificou-se similarmente que a média foi maior nos utentes dependentes com assistência (55,68) que nos doentes dependentes (44,60).

Antes de se dar por concluído o presente trabalho, importa referir-se as suas limitações. Desta feita, aponta-se o facto de não estarem monitorizadas as quedas, não havendo registo de quedas, fatores desencadeantes e as suas consequências. Por outro lado, não havia o número e o momento de queda no histórico do internamento do utente. Não havia diferenciação dos fatores desencadeantes das quedas, tais como: ambientais, clínicos, funcionalidade e outros adjacentes. Outra lacuna é a inexistência de registos dos parâmetros da Escala de Morse após a primeira avaliação no momento da admissão, não estavam descritos os medicamentos sendo o grupo/indicação terapêutica. As patologias inseridas no sistema informático eram, por vezes, escassas, inadequadas e incompletas. Por vezes ocorre discrepância entre a situação clínica atual do utente e a referida no sistema informático, o que pode ser justificada pelas diferenças entre as datas da avaliação do utente e a data da sua admissão na UCCI, quando existe agudização do utente ou quando existe escassez dos dados.

Recomenda-se para investigações futuras a utilização dos registos de enfermagem da equipa da UCCI efetuados nas primeiras 48 horas após a ingressão do utente. Propõe-se que entre a equipa multidisciplinar sejam protocolados critérios a serem referidos neste primeiro registo informático como: proveniência, diagnóstico(s), características sociodemográficas, níveis de dependência nas AVD's e em que atividades, dor, continência / sonda vesical, objetivos de internamento, causa(s) de solicitação do internamento, escalas (Morse), Índices, descrevendo características dos parâmetros das escalas em todas as avaliações, a sua periodicidade entre outros fatores.

Prevê-se que seja definida a periodicidade dos registos informatizado e protocolar o registo pormenorizado em caso de agudização dos utentes, a sua condição clínica aquando à UCCI com os parâmetros acima citados e outros de maior relevância.

Os dados empíricos alcançados levam a tecer algumas sugestões mais precisas na área das quedas. Assim, propõe-se o melhoramento da qualidade de gestão, ou seja, folha de registo de quedas, protocolo de atuação na queda, atuação na causa de queda, registo da dor antes das medidas aplicadas/administração

terapêutica e após, bem como a colocação de pulseira de cor identificando os utentes com baixo, médio e alto risco de queda.

Por fim e não menos importante, deve promover-se reuniões de serviço periódicas para se abordar as quedas existentes de modo a prevenir-se outros casos, bem como haver mais formação dirigida para os profissionais de saúde e familiares dos utentes sobre os riscos das quedas e suas consequências, estando, deste modo, a primar-se pela prevenção.

Sugere-se uma revisão da terapêutica, ou seja, apesar de muitos fármacos se terem demonstrado úteis, o seu período de atuação e os efeitos adversos que os mesmos causam nos utentes podem resultar numa ameaça ainda maior que a patologia primária, sendo necessário pensar nos seus riscos e benefícios, em alternativa Propõem-se mudanças no estilo de vida dos utentes, como, por exemplo, a dieta, exercício físico (ensino de apoio e levante do utente do chão), medidas de redução de stresse, horários regulares, higiene do sono ou outros fatores alternativos que podem levar à diminuição de necessidade de toma de medicamentos.

Desde o momento em que iniciei esta etapa (curso de mestrado) procurei obter conhecimentos na área da atuação dos cuidados e na prevenção dos riscos. Este estudo permitiu estar mais alerta face aos fatores de risco existentes no utente institucionalizado. Permitiu com que algumas medidas fossem estudadas para serem adotadas atempadamente entre a equipa de modo a que seja evitado o fenómeno das quedas permitindo que as medidas preventivas sejam trabalhadas entre a equipa multidisciplinar e os familiares em função de cada utente. Permitiu também reconhecer a importância da promoção da autonomia entre os utentes.

Concluo esta etapa com uma visão diferente dos cuidados prestados. Mais importante que atuar é saber atuar e saber prevenir refletindo na boa da equipa e uma melhoria na qualidade de vida dos utentes tornando estes mais ativos no seu processo de recuperação.

Termina-se com a certeza de que se alcançou um maior conhecimento sobre o fenómeno em estudo, o que resultará inalienavelmente numa melhor atuação na prática profissional quotidiana.

Referencias Bibliográficas

Almeida, C. (2012). Risco de quedas nas UCCI do distrito de Viseu: estudo comparativo da escala de Morse a Escala de Downton. Viseu: Dissertação de mestrado em Educação para a Saúde, Escola Superior de Saúde de Viseu.

Almeida, R.A.R.; Abreu, C.C.FD. & Mendes, A.M.O.C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 2: 163-172.

Cabrita, M.F.G. & José, H.M. G. (2013). O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: Programa de Enfermagem para prevenção de quedas. [em linha] Consultado em fevereiro de 2013. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10135/3/The%20elderly%20person%20in%20the%20equipe%20de%20cuidados%20continuados%20integrados%20nursing%20program%20for%20prevention%20of%20falls.pdf>.

Caldevilla, M.N.G.N. & Costa, M.S.S.M. (2008). Quedas nos idosos em internamento hospitalar: que passos para a enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 19: 25-28.

Cruz, H.M.F.; Pimenta, C.A.M.; Dellarozza, M.S.G.; Braga, P. (2011). Quedas em idosos com dor crónica: prevalência e fatores. *Revista da Dor*. Consultado em abril de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a06.pdf>.

Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social – *Desafios de um modelo integrado*. (2009). Lisboa: Companhias de Ideias.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho - Diário da República — I Série-A n.º 109.

Duarte, YA.O.; Andrade, C.L. & Lebrão, M.L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*; 41(2): 317-25.

Duthie, E.H. & Katz, P.R. (2002). *Geriatría Prática*. São Paulo: Revinter.

Eliopoulos, C. (2010). *Enfermagem Gerontológica*. Porto Alegre: Artmed.

Ferrão, S., Henriques, A. & Fontes, R. (2011). Prevalência e controlo de quedas na pessoa idosa institucionalizada – Avaliação do risco sistematizada através da aplicação da Escala de Avaliação de Risco de Queda de Morse. *Journal of Aging and Innovation*. [em linha] Consultado em fevereiro de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n2/v12n2a06.pdf>.

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freitas, E.V. & Py. L. (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Gama, Z.A., Conesa, A.G., & Ferreira, M.S. (2008). Epidemiología de caídas de ancianos en España: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 82: 43-56.

Gerontologia. [em linha]. Consultado em fevereiro de 2013. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3951/3/Artigo%20Quedas%20Vers%C3%A3o%20RTG4.pdf>

Gorzoni, M.L. & Filho, J.M. (2008). *Iatrogenia: reações adversas a medicamentos. Geriatria e Gerontologia: o que todos deviam saber*. São Paulo: Roca.

Heinze, C. et al. (2006). Psychometric evaluation of the Hendrich Fall Risk Model. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 53, 3: 327-332.

Hendrich, A.L. (2006). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. Vol. 16, 1: 9-21.

Instituto Nacional de Estatística (2004). *Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II 2000-2050*. Consultado em fevereiro de 2013. Disponível em: www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui.

Maciel, A. (2010). Falls in the elderly: a public health problem unknown by the community and neglected by many health professionals and by Brazilian health authorities. *Revista de Medicina*, 20 (4): 554-557.

Marin, H. F. ; Bourie, P. & Safran, C. (2010). Desenvolvimento de um sistema de alerta para prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. *Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto*. [em linha]. Consultado em fevereiro de 2013. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12396.pdf>.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Morais, T.C.; Fujimori, M.; Toledo, O.R.; Batalini, C.; França, E.L.; Ferrari, C. K. et al. (2008). Pharmacoepidemiology and health in a brazilian older population. *International Journal of Gerontology*. Vol. 2, 3: 103-108.

Morse J. (2009). *Preventing Patient Falls – Establishing a Fall Intervention Program*. New York: Springer Publishing Company.

Niwata, S.; Yamada, Y. & Ikegami, N. (2006). Prevalence of inappropriate medication using Beers criteria in Japanese long-term care facilities. *BMC Geriatrics*, 6:1. Consultado em abril de 2013. Disponível em: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1471-2318-6-1.pdf>.

Oliver, D. et al. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age and Ageing*. Vol. 33, 2:122-130.

Organização Mundial de Saúde - WHO. (2012). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (OMS, s.d.).

Pereira, F.A., Fernandes, A.C.F. & Miguel, T.J.V. (2007). Fatores, riscos e consequência de quedas em idosos institucionalizados. *Revista Transdisciplinar de*

Perracini, M.R. & Ramos, L.R. (2010). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, 6: 709-16.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2009). Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS. Lisboa: Edições Lidel.

Rebelatto, J.R. & Morelli, J.G. (2004). *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. Brasil: Manole.

Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (2010). Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo [em linha]. Consultado em janeiro de 2013. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf

Roach, S. (2003). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*, v. 35, Suppl 2: 37-41.

Saraiva, D.M.R.F. et al. (2008). Quedas: indicador da qualidade assistencial. *Nursing*. Lisboa. Ano 18, 235: 28-35.

Silva, R.A. (2009). Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 26(1): 31-40.

Siqueira, F. V., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Tomasi, E., Thumé, E., Silveira, D., S., Vieira, V. & Hallal, P. C. (2007). Prevalência de quedas nos idosos e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, v.41, 5: 749-756.

Sousa, F.F. & Silva, J.A. (2005). A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista DOR*, 6 (1): 469-513.

Sydenham, E. (2008). Systematic reviews on preventing fall-related injuries in older people. *Injury Prevention*. Vol.14: 274.

Tuckman, B. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

World Health Organization -*WHO Global report on falls prevention in older age*. Genebra: WHO, 2007. Consultado em abril de 2013. Disponível em: URL: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf

Anexos

Anexo 1 – Instrumento de Recolha de Dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Chamo-me Ana Marta Ferreira da Costa Correia e sou enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa da Misericórdia de Vouzela. Estou a desenvolver a dissertação de Mestrado na área da Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema “Prevalência do risco de quedas nos doentes institucionalizados na UCCI de Vouzela” na Escola Superior de Saúde de Viseu.

O presente questionário destina-se à recolha dos dados. Os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados somente para estudos científicos.

Elementos Sociodemográficos

1. **Sexo:** Masculino () Feminino ()
2. **Idade** ___ anos
3. **Estado civil:** Solteiro () Casado/união de facto () Divorciado/separado () Viúvo ()
4. **Habilitações:** Sem Educação/educação primária ()
 - Primeiro estágio de educação básica - 4ª classe/6º ano ()
 - Segundo estágio de educação básica -5ºano antigo/9ºano ()
 - Educação secundária - 7º ano antigo/12ª ano()
 - Educação pós secundária - 6M /2anos – bacharelato/mestrado ()
 - Primeiro estágio de educação 3º (2anos/corso doutoral) ()
5. **Situação profissional:** Activo () Reformado ()

Dados Relativos ao Internamento:

6. **Tempo de permanência** ____ dias
7. **Proveniência / origem:** Domicilio () Hospital () Transferência ()
8. **Descanso do Cuidador:** Não () Sim ()
9. **Situação de fragilidade:** Não () Sim ()
10. **Doenças crónicas com episódio de agudização:** Não () Sim ()
11. **Necessidade de continuidade de cuidados:** Não () Sim ()
12. **Necessidade de vigilância e tratamentos complexos:** Não () Sim ()
13. **Cuidados paliativos:** Não () Sim ()
14. **Necessidade de ensino doente/cuidadores:** Não () Sim ()
15. **Outra causa de solicitação:** Não () Sim ()
16. **Diagnóstico principal:** _____
17. **Diagnostico (s) secundário (s)**

18. **Incontinente Vesical:** Não () Sim ()
19. **Incontinente Fecal:** Não () Sim ()
20. **Presença de Sonda vesical?** Não () Sim ()
21. **Dor** (*segundo Escala Numéria da Dor*) **no momento da Admissão** ____
22. **Dor** (*segundo Escala Numéria da Dor*) **no momento da Alta** ____
23. **Número de medicamentos prescritos por dia no momento da admissão** _____
24. **Número de medicamentos prescritos por dia no momento da alta** _____

Escala De Morse		Cotação	Score
25. História de quedas nos últimos três meses	Não	0	
	Sim	25	
26. Presença de diagnóstico secundário	Não	0	
	Sim	15	
27. Ajuda na mobilização			
Nenhuma / Acamado/ repouso no Leito		0	
Bengala /Andarilho/ Canadiana		15	
Aparelho/ Equipamento		30	
28. Terapia EV	Não	0	
	Sim	20	
29. Marcha			
Normal/ Acamado/ Cadeira de Rodas		0	
Lenta		10	
Défice de Marcha		20	
30. Estado Mental			
Orientado		0	
Desorientado		15	

31. Score Total da Escala de Morse no momento da admissão _____

32. Score Total da Escala de Morse no momento da alta _____

Índice de Katz			Momento	
Funções	Avaliação	Cotação	Admissão	Alta
Tomar Banho	Não recebe Assistência	3		
	Recebe assistência na lavagem de parte do corpo	2		
	Recebe assistência na lavagem de mais do que uma parte do corpo	1		
Vestir-se	Tira as roupas e veste-se completamente sem assistência	3		
	Tira as roupas e veste-se sem assistência excepto calçar	2		
	Recebe assistência para vestir e calçar	1		
Higiene/ ir ao WC	Vai ao wc sem assistência	3		
	Vai ao wc com assistência	2		
	Não vai ao wc	1		
Deslocar-se	Entra e sai da cama sem assistência	3		
	Entra e sai da cama com assistência	2		
	Não sai da cama	1		
Continência	Controla os esfíncteres	3		
	Tem acidentes ocasionais	2		
	É incontinente ou usa sonda vesical	1		
Alimentação	Alimenta-se sozinho sem assistência	3		
	Alimenta-se sozinho excepto no corte dos alimentos	2		
	Recebe auxílio para se alimentar	1		
TOTAL				

Índice de Lawton			Momento	
Funções	Avaliação	Cotação	Admissão	Alta
Utiliza o telefone	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
Faz compras	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
Faz contas/ cheques	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
Gere medicação	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
Utiliza transportes	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
Prepara refeições	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
Cuidado com a casa/ Vai a mesa	Sozinho	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
Cuida da sua roupa	Sozinho/	3		
	Com ajuda	2		
	Incapaz	1		
TOTAL				

Anexo 2 – Pedido de autorização do Estudo

Santa Casa da Misericórdia de Vouzela

UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO



Ex. ^{mo} Sr. Professor-Coordenador Carlos Manuel

Figueiredo Pereira

Escola Superior de Saúde de Viseu

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu

Sua referência

Sua Comunicação

Nossa Referência
25 UCC

Vouzela, 20 de Maio de 2013

Assunto: Autorização do pedido de recolha de dados

Senhor Presidente:

Em resposta ao Ofício número: 369 de 26 de Abril 2013, referente à estudante Ana Marta Ferreira da Costa Correia, do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, cumpre-nos informar que o respetivo pedido foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos

O Diretor Clínico

(Dr. Joaquim Cardão)

Cédula profissional n.º 27880

